



# Escola Nacional de Saúde Pública

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

**Barreiras e facilitadores para a prática de atividade física:  
perspetiva de idosos portugueses em contexto rural e urbano**

Mestrado em Saúde Pública

**João Pinto**

**Agosto de 2018**





# Escola Nacional de Saúde Pública

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

## **Barreiras e facilitadores para a prática de atividade física: perspetiva de idosos portugueses em contexto rural e urbano**

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à  
obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública, realizada sob a orientação  
científica da Professora Doutora Ana Rita Goes

**Agosto de 2018**



“a life can change in a tenth of  
a second.  
or sometimes it can take  
70 years.”

— Charles Bukowski, *Betting on the Muse: Poems and Stories*



## **Agradecimentos**

Este trabalho só foi possível devido à colaboração e ajuda de diversas pessoas, às quais não posso deixar de dedicar uma palavra de agradecimento.

À Professora Doutora Ana Rita Goes, minha orientadora, pela sua inestimável ajuda e amizade em todo este percurso e por ter sido uma parte fundamental da realização deste trabalho. A sua dedicação e motivação permanentes foram essenciais nos momentos mais difíceis.

À Ana por ter partilhado todo este caminho comigo e pela ajuda, incentivos e força que me tem dado ao longo de todas as nossas aventuras.

Ao meu irmão e à minha mãe por terem acreditado em mim desde o primeiro segundo.

À Mariana cujo sorriso e alegria foram uma motivação permanente nesta viagem.





## Resumo

**Introdução** - As tendências demográficas em Portugal, indicam uma população cada vez mais envelhecida. A AF representa um mecanismo para que se possa atingir um envelhecimento saudável. A identificação de barreiras e facilitadores à AF são de extrema importância para construir intervenções mais eficientes.

**Objetivos** - Obter um entendimento subjetivo da importância, facilitadores e barreiras à prática de atividade física em indivíduos portugueses com idade acima dos 65 anos residentes em ambiente rural e urbano.

**Metodologia** - Estudo, descritivo e exploratório de abordagem qualitativa. A metodologia central de recolha de dados foi a entrevista semiestruturada. Adicionalmente foram utilizados três questionários: questionário sociodemográfico, o IPAQ versão longa e o SF-36.

**Resultados** - Os participantes tinham níveis de AF moderada e alta. Ao nível da qualidade de vida houve scores elevados quanto ao desempenho físico e emocional (>75); nas dimensões vitalidade, dor corporal, saúde geral e mental houve uma grande variação dos resultados. Os entrevistados referiram a AF associada à saúde e bem-estar, com benefícios no estado geral de saúde e com preferência por realizar caminhadas e desportos aquáticos. As principais barreiras referidas foram a limitação física, e os facilitadores o apoio formal.

**Conclusões** - Um programa de AF deverá incentivar as atividades relacionadas com o tratar do jardim/quintal. Devem ter como finalidade a saúde e bem-estar, e proporcionar atividades que incluam caminhadas e exercícios aquáticos. O principal objetivo deverá ser a diminuição das limitações físicas, sendo supervisionados e/ou acompanhados por profissionais especializados na área da saúde

**Palavras-chave:** Atividade física, envelhecimento saudável, barreiras e facilitadores.



## **Abstract**

**Background** - The demographic trends in Portugal indicate an aging population. PA represents a mechanism for achieving healthy aging. The identification of barriers and facilitators to PA is of the utmost importance to build more capable interventions.

**Purpose** - To obtain a subjective understanding of the importance, facilitators and barriers to the practice of physical activity in Portuguese individuals over the age of 65 residing in rural and urban environments.

**Methods** - A descriptive and exploratory study of a qualitative approach. The central methodology data collection was the semi-structured interview. In addition, three questionnaires were used: sociodemographic questionnaire, IPAQ long version and SF-36.

**Results** - Participants had moderate to high PA levels. At the level of quality of life there were high scores on physical and emotional performance (> 75); in the dimensions of vitality, body pain and general health and mental health there was a great variation of the results. The interviewees referred to PA associated with health and well-being, with benefits in the general state of health and with preference for hiking and water sports. The main barriers mentioned were the physical limitation and the facilitators the formal support.

**Conclusion** - A PA program should encourage activities related to garden/garden management. They should aim at health and wellness and provide activities that include walking and water exercises. The main objective should be the reduction of physical limitations and be supervised and/or accompanied by professionals specialized in the health area.

**Key words:** Physical activity, healthy aging, barriers and facilitators.



## **Siglas e Abreviaturas**

ACSM - American College of Sports Medicine

AHA - American Heart Association

AF – Atividade Física

AVC - Acidente vascular cerebral

DCNT – Doenças crónicas não transmissíveis

EA - Escala Análoga

ENEAS - Estratégia Nacional do Envelhecimento Ativo e Saudável

HTA - Hipertensão arterial

IPAQ - International Physical Activity Questionnaire

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização mundial de saúde

UE – União Europeia



# Índice

I – Introdução	1
II - Enquadramento Teórico	5
1 – Envelhecimento	5
2 - Envelhecimento ativo e saudável	8
3 - Determinantes do envelhecimento saudável	11
4 - Promoção da Saúde e Prevenção da doença	13
5 - Conceito de AF	17
6 - AF na Terceira Idade	18
6.1 – Prevalência da AF	20
7. Análise económica da AF no idoso	21
8 – Fatores relacionados com a prática de AF	23
III. Objetivos	29
IV. Metodologia	31
1 - Abordagem e desenho do estudo	31
2 – Participantes	31
3 - Recolha de dados	32
3.1 - Entrevista semiestruturada	32
3.2 - Questionário Sociodemográfico	33
3.2.1 - Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ)	33
3.2.2 - SF-36v2	34
4 - Procedimentos	37
5 - Análise de dados	38
V Resultados	41
1 - Caracterização sociodemográfica	41
2 – AF dos participantes e seu nível, importância e capacidade de a realizar	42
2.1 - Capacidade de realizar AF	48
2.2 - Importância da AF	48
2.3 - Nível de AF	48
3 - Qualidade de vida dos participantes	48
4 - Perceções acerca dos benefícios, facilitadores, barreiras e tipos de AF	51
4.1 - Definição de AF	51

4.2 - Tipo de AF mais prazerosa	52
4.3 Importância/Benefícios da AF	53
4.4 - Barreiras à AF	54
4.5 - Facilitadores da AF	57
5. Descrição integrada de resultados de participantes rurais e urbanos	60
VI – Discussão	63
1 - Limitações do estudo	69
VII - Conclusão	71
VIII - Bibliografia	73
Anexo I - Recomendações para a prescrição de exercício de várias organizações científicas (Mendes, R., et al, 2011)	79
Anexo II – Guião entrevista semiestruturada	82
Anexo III – Questionário sociodemográfico	84
Anexo IV International Physical Activity Questionnaire	88
Anexo V – Questionário SF-36v2	96
Anexo VI - Formulário de consentimento informado	101
Anexo VII - MAXQDA 2018 Segmentos codificados	104

## Índice de Tabelas

Score IPAQ – dimensão AF no trabalho	43
Score IPAQ – dimensão AF como meio de deslocação/transportes	44
Score IPAQ – dimensão AF como trabalho doméstico, manutenção geral e cuidar da Família	45
Score IPAQ – dimensão Atividades Físicas e Desportivas de Recreação e Tempos Livres	46
Score IPAQ – score total da AF e sua classificação	47
Score IPAQ – Tempo sentado	48
Resultados do score do SF-36v2	50
Barreiras à AF e seus participantes	54
Facilitadores à AF e seus participantes	57



## Índice de Figuras

Projeção do envelhecimento mundial.	5
Evolução da esperança de vida à nascença por sexo e por triénio. Portugal 2005-2007 a 2014-2016	6
Esperança média de Vida Saudável aos 65 anos por sexo, 2015	7
Determinantes da Atividade Física	24
Associação dos 8 domínios em 2 componentes do SF-36	35



## I - Introdução

As projeções das tendências demográficas para as próximas décadas indicam um envelhecimento considerável da população mundial [1]. Em Portugal, os indicadores demográficos seguem a tendência dos países ocidentais, ou seja, uma população que vive cada vez mais anos. Este cenário revela uma melhoria das condições de vida, mas traduz também uma população envelhecida, com um baixo índice de fecundidade e um crescente peso das doenças crónicas [2].

Para combater os efeitos do envelhecimento da população, os governos desenvolveram estratégias para contrariar o desenvolvimento alarmante de situações clínicas associadas ao avançar da idade. Uma dessas estratégias passa pelo envelhecimento saudável com o objetivo da melhoria da qualidade de vida, da manutenção da capacidade funcional e do bem-estar da pessoa [3]. Para esse fim, a atividade física (AF) representa um mecanismo muito eficiente sobretudo em indivíduos idosos inativos [4].

A disfunção funcional e doenças não transmissíveis têm uma alta prevalência para adultos acima dos 65 anos, sendo que a maioria destas pode ser evitada através de AF [3].

A AF tem um papel decisivo na saúde e no bem-estar das populações, encontrando-se diretamente ligada à prevenção de um conjunto importante de doenças crónicas não transmissíveis (DCNT), que são a principal causa de perda funcional e independência na população idosa [5]. No entanto, o progresso para o aumento da AF a nível global, tem sido lento, sobretudo devido à falta de investimento e atenção por parte das autoridades interessadas [6].

Em Portugal, a maioria dos idosos não é ativa, sendo que apenas 22% das pessoas com mais de 65 anos são consideradas fisicamente ativas, cumprindo com as recomendações para a prática de AF. Por seu turno a prevalência da inatividade situa-se nos 48% [7].

Na maioria dos países, as mulheres, idosos, pessoas de estratos sociais mais baixos e pessoas com doenças crónicas têm acesso limitado a programas e locais apropriados à realização de AF de forma segura e acessível a todos [6]. Estes programas devem ter em conta as diferenças entre países, culturas, ambientes e também a nível individual como as crenças e atitudes, de forma a se poderem desenhar intervenções específicas a cada população e indivíduo [8].

Aumentar a AF na população adulta com mais de 65 anos representa um importante desafio para a Saúde Pública. A prática de AF em alturas posteriores da vida deve concentrar-se na adoção de melhores comportamentos em relação ao exercício, bem como na perceção das preferências dos cidadãos quanto à AF e na compreensão das características específicas da população sénior ativa e não ativa e sobre os facilitadores e barreiras, à AF específica para esta idade [9]. A OMS tem como grande objetivo no período 2018-2030 a redução da inatividade física nos adultos em 15% [6].

A identificação de barreiras e facilitadores à AF é de extrema importância para o campo da investigação em saúde pública, com o intuito de construir intervenções que minimizem e controlem os problemas relacionados com o declínio funcional e orientem práticas coerentes (quantidade, intensidade e frequência) com a realidade da população idosa, assim como das políticas públicas.

O envolvimento em AF constitui um processo complexo e dinâmico, influenciado por fatores internos, sociais e ambientais. A este nível, tem sido feito um investimento importante na identificação de motivadores e barreiras à prática de atividade física. Estes trabalhos têm revelado alguma variação nos fatores identificados em função do grupo etário estudado, mas também em função de outras características das populações estudadas. Considerando as diferenças encontradas na literatura no que se refere aos níveis de AF em populações de contextos rurais e urbanos, aparenta ser pertinente explorar as especificidades destas populações. Neste sentido, o presente estudo pretende entender quais as Barreiras e Facilitadores para a AF na População Portuguesa com mais de 65 anos.

Este trabalho será organizado numa primeira fase numa observação do estado da arte, em que serão abordadas as temáticas do envelhecimento, da importância do envelhecimento ativo e saudável, de quais os determinantes associados a um envelhecimento saudável e das estratégias na promoção e prevenção da saúde neste segmento da população. De seguida, será focada a temática da AF, especificamente o seu conceito, e a AF na terceira idade. Posteriormente irá abordar-se a temática da análise económica da AF no idoso e por fim, compreender os fatores relacionados com a prática de AF.

Após o enquadramento da temática serão descritos os objetivos e a metodologia utilizada neste estudo, especificando a abordagem e o desenho do mesmo, a definição dos participantes, como foi realizada a recolha de dados, os procedimentos e os instrumentos utilizados para essa mesma recolha, bem como a análise dos dados.

Por fim serão apresentados os resultados e realizada a sua posterior discussão e conclusão.



## II - Enquadramento Teórico

### 1 - Envelhecimento

Atualmente assiste-se ao fenómeno do envelhecimento de forma marcada (figura 1), sendo cada vez mais um tema com crescente atenção por parte da sociedade e do poder político. Segundo a OMS, estima-se que entre os anos de 2000 e 2050, o número absoluto de pessoas no mundo com mais de 60 anos aumente de 605 milhões para 2 mil milhões [10].

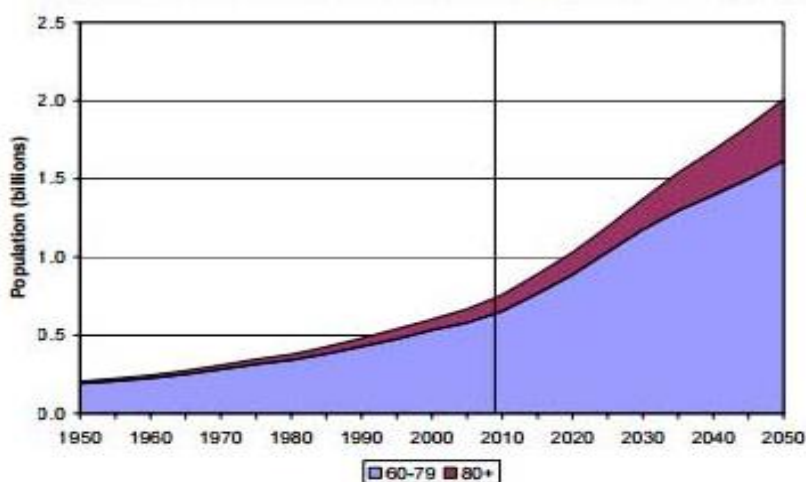


Fig. 1 – Projeção do envelhecimento mundial. Fonte: Nações Unidas 2009

Esta transição demográfica tem como principais fatores a diminuição da mortalidade, o aumento da esperança de vida à nascença (figura 2), o aumento da esperança de vida a partir dos 60 anos, a diminuição da fecundidade e natalidade e os fluxos migratórios [11].

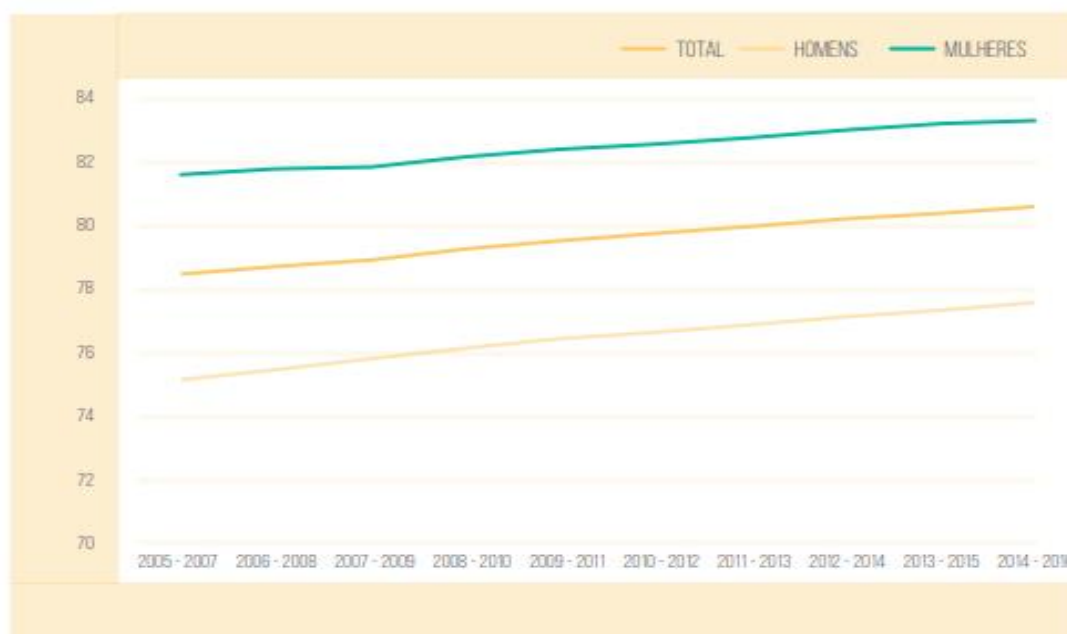


Fig 2. Evolução da esperança de vida à nascença por sexo e por triénio. Portugal 2005-2007 a 2014-2016. Fonte: INE, 2018

A Europa foi das primeiras regiões onde o envelhecimento da população foi vivido, no entanto, o processo de envelhecimento demográfico está a acontecer em todo o mundo, com estádios de transição diferentes, sendo que nos países em desenvolvimento a transição demográfica acontecerá de forma mais abrupta [10].

Portugal tem uma população envelhecida, a residir no país: 21% dos portugueses têm 65 ou mais anos, enquanto 14% têm menos de 15. São um milhão, as pessoas com 75 ou mais anos, das quais mais mulheres do que homens [2].

A esperança média de vida em Portugal em 2050 será de 83,1 anos para os homens, e 88,1 anos para as mulheres, estimando-se que a esperança média de vida possa ultrapassar os 90 anos no futuro [12]. Esta tendência é essencial para o planeamento estratégico a longo prazo das diversas políticas públicas [13].

Portugal apresenta uma esperança média de vida à nascença, superior à média dos restantes países da OCDE. No entanto, no que concerne ao indicador “número de anos de vida saudável vividos depois dos 65 anos” (figura 3) o nosso país assume-se enquanto um dos países com menor número de anos de vida saudável depois desta



idade. Assim, podemos concluir que os portugueses vivem mais mas, por outro lado, vivem com mais, co morbilidades durante os seus últimos anos de vida [2].

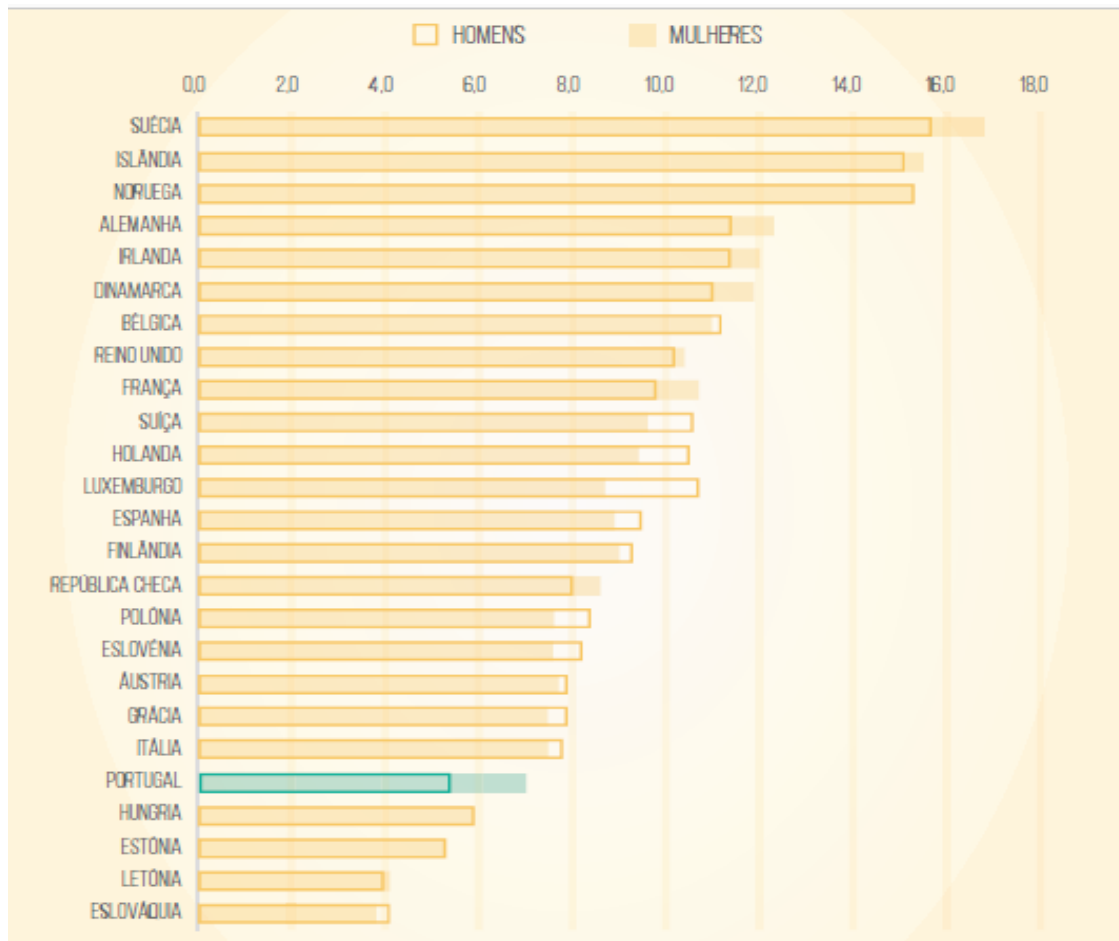


Fig 3. Esperança média de Vida Saudável aos 65 anos por sexo, 2015. Fonte: OCDE, 2017

As alterações no padrão epidemiológico e demográfico, assim como o contexto social, lançam um vasto conjunto de desafios e oportunidades às políticas de saúde. A população em Portugal encontra-se envelhecida e com uma taxa de natalidade em declínio. Há muito desemprego entre os jovens e um elevado nível de emigração. É necessário transformar esta realidade numa maior abertura a novas práticas e modelos de cuidados, dada a prevalência de situações de cronicidade, incapacidade e às alterações na organização e dinâmicas familiares [14].

A área da saúde é assim de fundamental relevância nesta faixa etária, pois o ciclo de vida é maior e leva a um aumento das necessidades em cuidados de saúde. Uma

população mais envelhecida faz com que se desenvolvam mais condições de comorbidade e desencadeia um aumento do número de doenças e incapacidades funcionais, o que leva a uma maior pressão financeira nos sistemas de saúde [1].

## 2 - Envelhecimento ativo e saudável

O envelhecimento ativo e saudável é definido como o processo e otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para a melhoria da qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem, bem como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, que contribui para o bem-estar das pessoas idosas, sendo a capacidade funcional o resultado da interação das capacidades intrínsecas da pessoa com o meio [3].

O termo “ativo” prende-se com a participação continua na vida social, económica, cultural, espiritual e cívica, indo muito além da possibilidade de se ser física e profissionalmente ativo. O termo “saudável” relaciona-se com o desenvolvimento e manutenção da funcionalidade, que resulta da interação das capacidades intrínsecas da pessoa (físicas e mentais) com o meio [3]. O envelhecimento saudável está associado à existência de três condições essenciais: reduzida probabilidade de doenças, em especial as que causam perda de autonomia, a manutenção de um elevado nível funcional físico e mental e a manutenção de empenho social e de bem-estar subjetivo [15]. Assim, o Envelhecimento Saudável não depende apenas das ações individuais, mas também das suas famílias e comunidades [16].

O envelhecimento saudável diz, portanto, respeito a aspetos físicos, mentais, funcionais e de bem-estar e à sua interação com o processo social. O envelhecimento saudável reflete os hábitos de vida, o suporte e as oportunidades garantidas pela sociedade para a manutenção da funcionalidade das pessoas idosas e para a vivência daquilo que valorizam [3]. Esta definição mais inclusiva e holística é fundamental na criação de políticas públicas [17]. Segundo a OMS, o conceito de envelhecimento ativo e a melhoria da qualidade dos anos de vida está dependente do empenho de cada um, enquanto agente da sua própria saúde, participação e segurança, e da sociedade como um todo,

para que sejam garantidas as oportunidades para tal, à medida que as pessoas envelhecem [15].

A promoção do envelhecimento saudável implica a melhoria das condições físicas, psicológicas e socio-ambientais, a prevenção das doenças e a maximização do bem-estar e da qualidade de vida no cidadão. Deste modo, o processo de envelhecimento está intimamente ligado aos comportamentos individuais e coletivos da população [18].

De acordo com a OMS, apesar de cada país/região necessitar de avaliar as suas condições específicas, existem quatro prioridades globais para um envelhecimento saudável mais equitativo: sistemas de saúde que tenham em conta as necessidades das populações mais envelhecidas, desenvolvimento de sistemas para providenciar tratamento a longo prazo, criação de ambientes que sejam adequados a esta população e a melhoria da medição, monitorização e atendimento [3].

São diversas as estratégias que os sistemas de saúde podem pôr em prática para a melhoria de equidade na perspetiva do envelhecimento saudável [17]:

- mecanismos que encorajem ações intersectoriais ao nível público e privado na promoção do envelhecimento saudável;
- recolha de dados ao longo da vida, ao nível da idade, sexo, e características sociais (rendimento, localidade, etc). Isto permite que se identifiquem padrões sociais para que se possam monitorizar as diferenças padronizadas ao longo do tempo;
- fortes sistemas de saúde, regulação e governância que permitam que a população mais idosa tenha acesso aos serviços, de acordo com o local onde vive, a sua idade e circunstâncias socioeconómicas, de forma a não permitir discriminação quanto ao acesso;
- existência de um sistema nacional de saúde universal e de cobertura total, que inclua benefícios para crianças, idosos, populações socialmente desfavorecidas e grupos marginalizados;
- uma abordagem que tenha em conta os determinantes para um envelhecimento saudável, e a diferença de exposição e vulnerabilidades a que este grupo está sujeito. Esta abordagem deve estar integrada nos cuidados para idosos, tendo em conta as multimorbilidades e as necessidades de tratamento a longo prazo;

- cuidados de saúde primários integrados que tenham um modelo centrado nos idosos com foco na prevenção e promoção da saúde;
- programas de saúde pública que tenham incorporadas questões de equidade em saúde, sobretudo nas condições que estejam diretamente ligadas com o processo de envelhecimento;
- serviços de saúde que estejam direcionados para o tratamento ao longo das diferentes etapas da nossa vida;
- recursos humanos que sejam treinados e geridos para a prestação de serviços em idosos nos diferentes tipos de contexto.

No contexto nacional, Portugal criou a Estratégia Nacional do Envelhecimento Ativo e Saudável (ENEAS) que está comprometido com a Estratégia e Plano de Ação Global para o Envelhecimento Saudável da OMS e com os valores e objetivos fundamentais da União Europeia (UE), que contemplam a promoção do envelhecimento ativo e estão refletidos em iniciativas como as Propostas de Ação da UE para a promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável e da Solidariedade entre Gerações (Decisão n.º 940/2011/U, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 14 de setembro) [16].

Assim, os ENEAS tem como objetivos gerais a sensibilização para a importância do envelhecimento ativo e da solidariedade entre gerações e promover a mudança de atitudes em relação ao envelhecimento e às pessoas idosas; a promoção da cooperação e a intersectorialidade na concretização da ENEAS e a contribuição para o desenvolvimento de políticas que melhorem a qualidade de vida das pessoas idosas. Os objetivos específicos dizem respeito à promoção de iniciativas e práticas que visem reduzir a prevalência e o impacto das doenças crónicas e da redução das capacidades físicas e mentais nas pessoas idosas, e melhorar o acesso aos serviços de saúde e de cuidado, e respetiva qualidade, ao incentivar o desenvolvimento de iniciativas para a promoção da autonomia das pessoas idosas, a promoção da educação e formação ao longo do ciclo de vida focando a promoção da literacia em saúde, ao incentivo da criação de ambientes físicos e sociais protetores e potenciadores da integração e participação das pessoas idosas, ao apoio do desenvolvimento de iniciativas e práticas que visem a promoção do bem-estar e segurança das pessoas idosas, à promoção de iniciativas e práticas para a redução do risco de acidentes na pessoa idosa e à fomentação da investigação científica na área do envelhecimento ativo e saudável [16].

### 3 - Determinantes do envelhecimento saudável

São múltiplos os fatores que afetam a saúde dos indivíduos e das comunidades. Se as pessoas são saudáveis ou não, é determinado pelas suas circunstâncias e ambiente. Fatores como o local de residência, o estado do ambiente, a genética, o nível de rendimento e de educação, e as relações com amigos e família têm impactos consideráveis na saúde, enquanto os fatores mais vulgarmente considerados, como o acesso e o uso de serviços de saúde têm muitas vezes um impacto menor [19].

São vários os determinantes associados ao envelhecimento saudável, dos quais podemos destacar os **económicos**, que dizem respeito aos rendimentos, a proteção social e do trabalho, sendo um idoso com baixos rendimentos particularmente vulnerável, em especial se for mulher, viver sozinha ou viver numa zona rural. Os determinantes **comportamentais** contemplam a adoção de estilos de vida saudáveis e ativos. A prática regular de AF é fundamental na promoção destes comportamentos. Em relação aos determinantes **pessoais** é importante referir os fatores biológicos, genéticos e de personalidade. O processo de envelhecimento é o resultado da combinação destes diversos determinantes. Relativamente aos determinantes associados ao **ambiente físico**, estes podem determinar a diferença entre o isolamento e a integração. O ambiente social diz respeito a aspetos como o suporte social, nível de educação, aprendizagem ao longo da vida, proteção da violência e do abuso. A ausência ou a negligência destas situações pode determinar a solidão, isolamento social, a iliteracia, o abuso e a exposição a situações de conflito, que serão certamente fatores de risco para a morbilidade e para a mortalidade. Por fim, o **suporte social** diz respeito ao cuidado familiar e aos sistemas de suporte social [15].

Existe necessidade de se procurarem novos caminhos através de políticas públicas de qualidade, tendo em conta os diferentes determinantes no envelhecimento da população. A «Saúde 2020» encoraja os governos e a sociedade a abordagens holísticas, bem como a parcerias globais, com o objetivo de enfrentar com sucesso os encargos com as doenças e permitir às pessoas a melhoria do seu estado de saúde, lidando com os determinantes da saúde. Um bom estado de saúde é benéfico para todos os sectores, pois potencia o aumento da produtividade e um envelhecimento mais saudável. O favorecimento da colaboração entre a sociedade civil e as comunidades,

garante que os sistemas de saúde estão centrados nas pessoas, são abrangentes, acessíveis e integrados [20].

Segundo Wallace, os determinantes sociais de saúde que têm impacto no envelhecimento ao longo da vida, podem ser definidos por quatro vias [21]:

- a influência socioeconómica no período pré-natal e infância;
- o impacto que o nível socioeconómico tem na saúde;
- a trajetória ao longo da vida que irá moldar as oportunidades e as hipóteses à medida que se envelhece;
- a transmissão intergeracional das iniquidades em saúde.

A evidência existente em relação aos determinantes sociais da saúde associados ao envelhecimento, mostra que uma multiplicidade de fatores leva a diferenças na saúde da população mais idosa, o que se reflete em desvantagens, discriminação e diferentes experiências nas iniquidades em saúde, educação, habitação e condições de trabalho [22]. Em Portugal, as pessoas com nível educacional mais elevado têm menor propensão para sofrer de doenças crónicas, incluindo problemas de saúde mental, como depressão ou ansiedade. De facto, é nestes indivíduos que se registam prevalências mais baixas de hipertensão arterial, obesidade e diabetes [2].

A população idosa tem uma maior probabilidade de sofrer de várias formas de incapacidade relacionadas com a saúde, sendo que a população mais pobre encontra-se mais vulnerável e em maior risco de ter uma saúde pior. Assim é fundamental, compreender os determinantes sociais de saúde e de que forma estes são fatores relevantes na saúde dos idosos [23]. O contexto da vida das pessoas determina a sua saúde e, por isso, responsabilizar os indivíduos por terem uma má saúde ou creditá-los por uma boa saúde é inadequado. É improvável que os indivíduos sejam capazes de controlar diretamente muitos dos determinantes da saúde [24].

A presença de desigualdades socioeconómicas em saúde na população idosa, em que os indivíduos com menor nível de educação estão em maior risco de reportar má saúde, implica um maior risco de ter problemas de saúde, existindo um gradiente social em saúde em patologias como a HTA (Hipertensão arterial) e a Artrite, e maior risco de ter

doenças de longa duração bem como maior probabilidade de ter limitação nas atividades de vida diárias [25].

Proteger e promover a saúde das populações e prevenir a doença, num esforço concertado de toda a sociedade para melhorar o nível de saúde e bem-estar e, também, diminuir as desigualdades, nomeadamente as desigualdades sociais em saúde, são objetivos centrais da missão da Saúde Pública. Em Portugal, a ação desenvolvida pelos Serviços de Saúde foi fundamental, com ganhos em diversos indicadores de saúde como o aumento da esperança de vida dos portugueses. Atualmente novos desafios se impõem, dos quais se destacam a prevalência crescente das doenças crónicas e o envelhecimento [26].

A associação entre os determinantes comportamentais, como a AF e o envelhecimento saudável, são essenciais na criação de medidas de promoção de saúde e prevenção de doença com objetivo de criar um bem-estar social global. A alteração dos estilos de vida deve ser preferencialmente realizada em idades mais precoces. Para ser mais eficaz, as intervenções devem ser dirigidas sobretudo para o tabagismo, uso indevido de álcool, exercícios inadequados e má nutrição. As intervenções da promoção da saúde para os idosos têm também uma evidência comprovada, tendo como objetivo a redução de risco comportamental [27].

#### 4 - Promoção da Saúde e Prevenção da doença

A maioria das mortes prematuras relacionadas com as DCNT podem ser prevenidas, se os sistemas de saúde tiverem uma resposta mais eficiente e equitativa para as populações com este tipo de patologias. As políticas fora dos sistemas de saúde são também fundamentais para influenciar fatores de risco, entre os quais a inatividade física [28].

Podem-se criar condições para diminuir consideravelmente o tempo com dependência ou incapacidade, melhorando os indicadores de funcionalidade e saúde. Estas reformas devem respeitar três princípios: a acessibilidade a todos os cidadãos que necessitem

de cuidados, a qualidade na prestação de cuidados e a sustentabilidade financeira dos sistemas social e de saúde [29].

O contexto para a realização de políticas na população idosa baseia-se nos pilares de saúde, participação e segurança.

**Saúde** – as políticas têm por objetivo a diminuição dos fatores de risco em relação às doenças crônicas e declínio funcional, para que os fatores protetores permitam uma vida mais longa com melhor qualidade de vida e com menos custos em saúde para o próprio e para o sistema. As políticas mais relevantes dizem respeito a [3, 17, 30, 31];

- criação de metas mensuráveis de forma a melhorar o status de saúde do idoso;
- criação de políticas e programas economicamente sustentáveis para as doenças e incapacidades na 3ª idade;
- serviços de saúde que sejam eficientes, sustentáveis e acessíveis a toda a população;
- criação de ambientes seguros e adaptados à idade (programas de prevenção de queda, adequação da casa à mobilidade, etc);
- redução de iniquidades ao acesso de óculos e de aparelhos auditivos;
- suporte da independência e interdependência ou o providenciar de serviços de reabilitação e suporte comunitário para famílias;
- programas para a redução do risco de isolamento social através do suporte de grupos comunitários e intergeracionais, que encorajem a interação diária;
- promoção de programas de saúde mental;
- programas que permitam acesso a água e ar limpo e a segurança na alimentação;
- programas para o controlo do tabaco/álcool, desenvolvimento da AF e nutrição adequada;
- programas de saúde oral;
- diminuição do preço dos medicamentos para idosos sem condições socioeconómicas e redução da prescrição inadequada de medicação;
- desenvolvimento de cuidados acessíveis, incluindo a nível económico;
- reconhecimento dos cuidadores informais através de subsídios e treino por profissionais de saúde.



**Participação** – deverão ser realizadas políticas ao nível do mercado de trabalho, educação, saúde e segurança social, de forma a suportar a participação em termos socioeconómicos, culturais e espirituais, sempre de acordo com as suas necessidades, capacidades e preferências, tais como [24, 30, 32]:

- programas de educação e literacia em saúde;
- investimento na aprendizagem ao longo da vida, sobretudo nas novas tecnologias;
- redução da pobreza e geração de rendimento através da criação de linhas de crédito para projetos;
- políticas de reforma mais flexíveis, e reformas que encorajem produtividade;
- políticas e programas que permitam a participação de pessoas idosas no mercado de trabalho;
- melhores políticas de transporte;
- redução das iniquidades quanto à participação das mulheres na sociedade.

**Segurança** – a segurança física, financeira e social nos idosos é essencial para a dignidade e tratamento, no caso de eles não poderem assegurar mais a sua autogestão. Famílias e comunidades devem ser também apoiadas para que possam tratar dos membros mais idosos. Devem ser executadas políticas [30]:

- de segurança social, para que possa ser feita uma rede de proteção para a pessoa idosa;
- que encorajem os adultos jovens a prepararem a sua velhice;
- de proteção ao consumidor, sobretudo quanto aos medicamentos;
- de justiça social, para que possam ser aplicados os direitos básicos das nações unidas;
- de proteção contra o abuso dos idosos.

Políticas que promovam o envelhecimento saudável e a redução de iniquidades em saúde nesta população devem atuar no sistema de saúde e segurança social, e intervir nos determinantes sociais de saúde (urbanismo e políticas económicas) [33].

O desenvolvimento de políticas que assegurem segurança financeira essencial para o estabelecimento de bem-estar nas pessoas idosas, assim como abordagens inovadoras e financeiramente sustentáveis serão alguns dos maiores desafios neste século. Ao invés de se manterem políticas estereotipadas e rígidas, as políticas de saúde pública devem ter como objetivo o empoderamento desta geração, para que possam alcançar novos estilos de vida [33].

Novos investimentos têm de ser realizados para assegurar que toda a população idosa tenha acesso a serviços de prevenção, promoção, tratamento, reabilitação e tratamento a longo prazo, sem estarem sujeitos a riscos financeiros, individuais ou familiares. A infraestrutura existente, de base hospitalar, não é adequada para a gestão do novo tipo de doenças associadas a um crescente envelhecimento da sociedade. É necessário transformar esta realidade numa maior abertura a novas práticas e modelos de cuidados, dada a prevalência de situações de cronicidade, incapacidade e às alterações na organização e dinâmicas familiares. [26]

O processo de envelhecimento ao longo da vida deve ter uma atitude promotora da saúde e autonomia, sendo a prática de AF regular, uma alimentação saudável, o não fumar, a promoção dos fatores de segurança e a manutenção da participação social, aspetos fundamentais no seu decurso. Torna-se também indispensável reduzir as incapacidades, envolvendo a comunidade mais próxima dos seus cidadãos. Conseguir viver o mais tempo possível, de forma independente no seu meio habitual de vida, tem que ser um objetivo da pessoa, assim como uma responsabilidade da sociedade para com o indivíduo [16].

Tendo em conta os determinantes comportamentais do envelhecimento, a adoção de estilos de vida saudáveis e uma promoção do autocuidado, são essenciais para se ter melhor saúde, pois nunca é tarde demais para se realizarem mudanças nos estilos de vida, independentemente da idade [16].

Para uma melhor promoção da saúde no idoso devemos ter em conta a existência de três subpopulações diferentes na população idosa. Para aqueles que têm capacidade, autonomia e independência, o principal objetivo é diminuir as barreiras à participação,

facilitar a capacidade comportamental e o autocuidado, e prevenir condições crónicas. Para os que têm uma diminuição da capacidade, o objetivo passa por prevenção e/ou reversão da mesma e a melhoria da capacidade funcional. Para os que têm uma diminuição acentuada da sua capacidade, ou dependência total, pretende-se proporcionar uma melhor qualidade de vida e providenciar serviços de saúde que permitam gerir estas condições crónicas [30].

O envelhecimento da população tem enormes implicações socioeconómicas, e a AF contribui para a promoção da saúde e prevenção da doença [34]. Para esta população, a AF tem impacto em termos de saúde pública e individual, pois ajuda a prevenir algumas doenças importantes relacionadas com o envelhecimento, ao mesmo tempo que aumenta as capacidades funcionais, o que leva a uma melhor qualidade de vida [35].

A criação de ações relacionadas com a AF é possível, pois a evidência de intervenções efetivas é cada vez mais crescente. No entanto, tem existido uma limitação na implementação em larga escala destes programas, com acesso a toda a população [36].

Em termos da legislação portuguesa, o Despacho n.º 6401/2016 de 16 de maio, determinou a criação do Programa de Saúde Prioritário na área da Promoção da AF, no âmbito da Plataforma para a Prevenção e Gestão das Doenças Crónicas [37].

## 5 - Conceito de AF

A OMS define AF como sendo qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que requeira gasto de energia – incluindo atividades físicas praticadas durante o trabalho, jogos, execução de tarefas domésticas, viagens e em atividades de lazer [30]. Esta definição ampla inclui todos os contextos da AF, ou seja, a AF em momentos de lazer (incluindo a maioria das atividades desportivas e de dança), AF ocupacional, AF em casa ou perto de casa, e a AF ligada ao transporte. A par dos fatores pessoais, a influência do contexto envolvente nos níveis de AF pode ser física (por ex.: ambiente edificado, utilização de terrenos), social e económica [38].

O termo AF não deve ser confundido com exercício, que é uma subcategoria da AF e é planeada, estruturada, repetitiva e tem como objetivo melhorar ou manter um ou mais componentes do condicionamento físico. A AF moderada e intensa traz benefícios para a saúde. A intensidade das diferentes formas de AF varia entre as pessoas. A fim de trazerem benefícios para a saúde cardiorrespiratória, todas as atividades físicas devem ser praticadas em sessões de pelo menos dez minutos de duração [30].

É importante neste contexto definir o conceito de desporto, que se refere a atividades praticadas através do exercício e/ou com competições promovidas pelas organizações desportivas, sendo um constituinte integrante da AF [6].

A quantidade de AF necessária para provocar benefícios para a saúde, descreve-se pelas suas características (frequência, duração, intensidade e tipo). Entende-se por frequência, o número de sessões por determinado período (dia ou semana), por duração, o número de minutos de atividade por sessão e, por intensidade (absoluta ou relativa), o nível do esforço (energia gasta) associado à AF [39].

## 6 - AF na Terceira Idade

As vantagens associadas à AF incluem a promoção da saúde, bem-estar, a prevenção de doenças crónicas e a redução da mortalidade. No caso específico do idoso, a AF é importante para o envelhecimento ativo e tem um papel fundamental na redução das principais causas de mortalidade e na prevenção de diversas doenças crónicas [40]. A AF regular é um dos pilares da prevenção da doença. Nos idosos esta prevenção é fundamental em patologias como a diabetes tipo II, as doenças cardiovasculares, artrites e a osteoporose [41].

Em idades mais avançadas, começam a existir decréscimos funcionais relacionados com a idade, tais como: atrofia muscular, fraqueza muscular e a diminuição da capacidade aeróbia, todas estas exacerbadas pelo sedentarismo. Consequentemente a AF é fundamental para a manutenção da independência desta população. A AF regular nos idosos tem grandes vantagens tais como um aumento da autoestima, da qualidade de vida e menores limitações físicas [41].

Os benefícios da atividade física são consensuais na literatura científica atual [42]. Apesar da evidência existente sobre os benefícios da atividade física e os esforços da saúde pública para a promoção do exercício, o sedentarismo continua a ser uma das maiores preocupações de saúde em todo o mundo. Cerca de um terço dos adultos não faz exercício regular suficiente para ter benefícios para a sua saúde [43]. Estudos demonstraram que 40% dos adultos não são considerados fisicamente ativos [44] e os idosos quando comparados com as outras faixas etárias têm uma maior prevalência de inatividade física [45].

Um dos estudos de referência sobre a importância da AF foi realizado por Ekelund *et al.*, 2016, onde os autores demonstram que a AF regular pode diminuir os riscos de mortalidade associados a períodos longos na posição de sentado [28]. Este estudo mostra que o foco não está na diminuição da posição de sentado mas sim no aumento da AF regular, sendo que o foco está na prescrição de AF regular e não apenas na diminuição do sedentarismo per si. É hoje em dia bastante claro que a inatividade física é um dos principais fatores de causa de mortalidade [46].

A inatividade física constitui o quarto fator de risco para a mortalidade global, sendo considerada como um dos principais fatores de risco para as DCNT [47].

A recomendação da AF deve ser diferenciada em três grupos etários: 5-17, 18-64 e com mais de 65 [30]. Foram publicados dois documentos extensivos baseados em evidências sobre a importância do exercício na promoção da saúde e prevenção de doenças: o primeiro pela *American Heart Association* (AHA) e pelo *American College of Sports Medicine* (ACSM) e o segundo pela OMS. Estas recomendações têm sido amplamente adotadas na Europa e um pouco por todo o mundo. Já vários documentos de organizações europeias reconhecem a relevância da AF para a saúde pública, e alguns abordam também a promoção da AF e diversas recomendações para a dose de exercício adequada. No anexo I, podemos ver as diversas recomendações dos organismos da referência na área da AF e saúde. A população idosa tem recomendações semelhantes à dos adultos, variando na intensidade e frequência, tendo em consideração as patologias que possam estar associadas ao indivíduo [6].

As DCNT, sobretudo as doenças cardiovasculares, doenças oncológicas, patologias respiratórias e diabetes, são a maior causa de mortalidade no mundo. Mais de 36 milhões de pessoas morrem anualmente de DCNT (63% de mortes mundiais), incluindo 14 milhões de pessoas que morrem prematuramente entre os 30-70 anos. Os países de renda média e baixa têm uma taxa de 86% de mortes prematuras, o que resulta num custo económico de 7 triliões de US dólares nos próximos 15 anos e vários milhões de pessoas na pobreza [47]. Um estudo de 2012 indica que a consequência de não seguir as recomendações básicas sobre a AF é responsável por 5 milhões de mortes globais a cada ano [28].

## 6.1 – Prevalência da AF

Existe bastante informação sobre a prevalência de AF em vários países, porém a comparação de padrões de participação em AF entre eles é muitas vezes difícil devido à ausência de instrumentos adequados. No entanto, a Lancet Physical Activity Series Working Group, efetuou um estudo que verificou que 31,1% dos adultos eram considerados fisicamente inativos. As mulheres eram mais inativas que os homens e a inatividade aumentava com a idade [48].

Em Portugal, de acordo com o Euro barómetro de 2017, apenas 5% das pessoas com 15 anos ou mais afirmam que fazem exercício ou desporto regularmente. Considerando todas as AF, somente 25% da população atinge as recomendações internacionais para a saúde. De acordo com os resultados da última sondagem Euro barómetro, dos 28 países que participaram no estudo, aqueles em que a população pratica menos AF são a Bulgária (78%), Malta (75%) e Portugal. (64%) [49].

Num estudo realizado pelo Instituto do Desporto de Portugal foram analisados os números e outros indicadores nacionais relativos à prevalência da aptidão e da AF. Verificou-se que 77% dos homens e 64% das mulheres são suficientemente ativos, ou seja, realizam pelo menos 30 minutos de AF moderada diária. Na população idosa mantém-se uma maior prevalência de pessoas do sexo masculino suficientemente ativas. Nesta população 45% dos homens e 28% das mulheres são fisicamente ativos, não alcançando, no entanto, os valores recomendados [49].

A literatura disponível refere que nas áreas rurais as pessoas são mais ativas do que as de outras áreas. Isso pode ser devido ao fato de que nas áreas rurais, mais pessoas, principalmente homens, trabalham nos setores primário e secundário da economia, aumentando assim a AF tanto no local de trabalho, quanto no lar. Isto é particularmente importante pois a população urbana em 2014 representava 54% da população mundial total, e estima-se que até 2017, a maioria das pessoas vivam em áreas urbanas. Estes dados sugerem que a prevalência de AF pode diminuir como resultado da crescente urbanização [50].

## 7. Análise económica da AF no idoso

Os benefícios da AF na população idosa verificam-se de várias maneiras, como a redução de incidência de doenças como a pressão sanguínea elevada, de AVC (acidente vascular cerebral), de diabetes tipo 2, de cancro, entre outros. Altas taxas de inatividade podem ser consideradas um dos principais impulsionadores dos custos de cuidados de saúde relacionados com a idade. Assim, os governos promoveram diversas iniciativas entre os grupos populacionais mais velhos, como por exemplo através de campanhas, fornecimento de instalações específicas ou bairros amigos da atividade em geral [4].

Em 2013 o efeito da inatividade física em cinco grandes DCNTs (doença cardíaca coronária, AVC, diabetes tipo 2, cancro da mama e do cólon) e mortalidade por todas as causas, custou à economia mundial mais de US \$ 67,5 bilhões em despesas de saúde e perdas de produtividade. A carga vital associada à inatividade física para as mesmas cinco DCNTs é de 13,4 milhões de DALY em todo o mundo. No contexto da despesa global em cuidados de saúde, os custos diretos estimados de inatividade física representam 0,64% das despesas globais de saúde em 2013 [51].

O custo total da inatividade física em Portugal situa-se entre 210 milhões e 460 milhões de euros, tendo em conta os custos diretos e perdas de produtividade com mortalidade

prematura. No entanto, apenas se consideraram custos diretos de 5 das 22 patologias. Muitos custos indiretos não puderam ser calculados, tais como o absentismo [51].

A OMS estima que, num país com cerca de 10 milhões de habitantes, onde 50% seja insuficientemente ativos, exista um custo anual derivado da inatividade física de 900 milhões de euros, o equivalente a 9% do orçamento do Ministério da Saúde para 2017, no caso específico de Portugal [2].

Não existe um elevado número de intervenções de AF que tenham sido avaliadas em termos de custo-efetividade e normalmente estas foram realizadas de forma isolada, o que não permite comparações entre os estudos. Uma das razões para que isto aconteça, é que a relação entre intervenções em AF e os resultados a longo prazo que delas advêm permanecem bastante incertos, e os efeitos da AF têm um impacto maior nas estimativas de custo-eficácia do que a própria intervenção. Nenhum estudo comparou até agora o custo-efetividade de intervenções eficazes de AF que tenham sido publicados e recomendados para uso geral [52].

As campanhas baseadas na comunidade têm um maior potencial de serem ampliadas a menores custos. Embora muitos programas de mudança de comportamento adaptados individualmente e programas de apoio social tenham efeitos maiores, os programas mais eficazes nestas categorias tendem a ser mais dispendiosos e requerem profissionais de acompanhamento pessoal e sessões múltiplas. Estes programas exigentes podem ser difíceis de escalar para alcançar o grande número de pessoas que poderiam beneficiar do aumento da AF, dado os custos. Mesmo que sejam eficazes, podem não ser as intervenções mais rentáveis para mudanças ao nível da população. Em vez disso, estas podem ser intervenções mais utilizadas para grupos-alvo, possivelmente em situações clínicas [52].

Existem estudos que sugerem que intervenções breves podem resultar num aumento significativo da AF a custos razoáveis, sendo o seu custo-efetividade entre as £ 20 000 - £ 30 000/QALY. Alguns exemplos destes programas são: o uso do pedómetro em combinação com prescrição de exercício, entrevistas motivacionais e aconselhamento sobre exercício por parte de profissionais de saúde [53].



## 8 – Fatores relacionados com a prática de AF

A existência de um número elevado de indivíduos inativos, acima dos 65 anos, força a que se faça um exame crítico dos desafios únicos enfrentados, visando desenvolver as estratégias de saúde mais eficazes para promover a AF nesta coorte. Num esforço para otimizar a saúde, foram levados a cabo numerosos estudos focados na identificação de barreiras e motivadores para a realização da AF [54].

A teoria sociocognitiva, que enfatiza as interações entre indivíduos e o ambiente social e físico, tem sido amplamente utilizada como um *framework* para projetar programas de AF para idosos. A teoria enfatiza a necessidade de identificar determinantes de comportamento, como barreiras e facilitadores, que podem ser direcionados para mudar comportamentos de saúde, incluindo AF [55].

A prática de AF pode ser influenciada, de forma positiva ou negativa, por diversos fatores. Quando os fatores influenciam de maneira negativa, denominamos de barreiras, e quando influenciam de maneira positiva, podemos considerar de facilitadores ou motivadores [56].

São diversos os fatores que influenciam a prática de AF individual e comunitária. A sua combinação é importante no desenvolvimento de estratégias para melhorar os níveis de AF e da saúde em geral. Têm sido utilizados vários modelos teóricos para explicar a realização de atividade física, como a teoria sociocognitiva, a teoria do comportamento planeado, o modelo de crenças de saúde e o modelo sócio ecológico. Sendo o modelo sócio ecológico mais consistente com a perspetiva ecológica dos determinantes de saúde adotada de forma alargada em saúde pública, debruçar-nos-emos sobre esta abordagem [57].

A aplicação do modelo proposto por Dahlgren no caso da atividade física, destaca o papel de vários determinantes (figura 4): individuais (motivação, crenças, género, idade, capacidades); ambiente social (coesão social, cultura, rendimento, equidade, suporte social); ambiente construído (padrões de urbanização, transporte, design urbano, espaços verdes) e ambiente natural (ar, água, meteorologia, topografia) [57]. Com base

nos princípios dos modelos ecológicos, as estratégias para reduzir a inatividade e aumentar o nível de AF da população devem ter como alvos os aspetos modificáveis relacionados com a AF. Assim, os estudos relacionados com a prática de AF são fundamentais para a identificação de variáveis a serem usadas na geração de hipóteses sobre o comportamento das pessoas e como tal muito importantes na realização de programas de intervenção [58].



Fig. 4 - Determinantes da AF. Fonte: Edwards; Tsouros, 2006, adaptado de Dahlgren, 1995

Diversos estudos demonstraram quais os diferentes facilitadores, motivadores e barreiras. É de referir que cada autor subdivide estes conceitos em diversos níveis, que podemos resumidamente dizer que são ao nível individual, social e ambiental.

Em relação aos facilitadores, ao **nível individual** têm sido identificados fatores como: o prazer pela prática de atividades físicas, ter força de vontade, ter uma boa saúde [59], questões de saúde, por lazer, manutenção do peso, melhoria da saúde mental, melhoria do sono, manutenção da forma, diminuição do stress, pressão dos pares [60] o indivíduo e o seu estilo de vida, alta autoeficácia, modificações personalizadas [61]; **ao nível comunitário**: a igreja como promotor da AF, boa rede de transportes, rotina onde estivesse incluída a AF e o gosto por realizar AF [40], a socialização, ter companhia para praticar atividades físicas, o incentivo e/ou convite de familiares e/ou amigos, programas de atividades físicas para idosos [59], a existência de horários compatíveis e preços razoáveis, referenciação dos serviços de saúde para a realização de exercício [61]; **outros**: exercícios físicos adequados, benefícios da AF [59], informação sobre o

programa de exercícios, comunicar as estratégias para uma melhoria da vida, informação acessível e atraente de diversas fontes e em diversas línguas e ênfase no aspeto social da intervenção, existência de um hábito prévio na realização de exercício, fazer com que o exercício seja prazeroso, empoderamento do indivíduo na realização e decisão do programa de exercícios a realizar e [61] fazer parte de um programa de reabilitação [60].

No que se refere aos motivadores, vários autores identificaram aspetos como o **nível individual**: a melhoria do estado de saúde, a melhoria da qualidade de trabalho, melhoria da forma física e melhoria da autoestima [40], o controlo do peso, a redução da dor e outros benefícios físicos associados [41], e maior motivação para o exercício [60]; ao **nível interpessoal**: o suporte social, a unidade cultural, a ajuda de profissionais de saúde, o papel das famílias., [40, 41]; ao **nível psicológico**: o prazer de realizar AF [41], ao **nível comunitário**: o tipo de exercício ou programa de AF, programas domiciliares, diminuição das mensalidades, aulas de tempo reduzido [41], companheiro/a de treino, preços mais baixos em ginásios, melhores passeio e ciclovias, proximidade a um ginásio, proximidade à natureza local onde pode realizar AF [60] e **outros**: incentivo para a melhoria da forma física [41].

Também as barreiras às atividades físicas podem dividir-se em diferentes níveis. No **nível individual**: falta de tempo, falta de motivação e determinação, falta de disciplina interesse ou prazer na realização da AF, medo e auto consciência das limitações, a saúde pessoal e pouco conhecimento [40], aumento da dor na realização de AF, obesidade, diminuição do equilíbrio, fraqueza muscular, dispneia [41], esforço em demasia após um período de convalescença, o medo de exercício ao ar livre e medo de sair durante a noite [8], a falta de motivação, desconforto na realização do exercício, muito cansaço para realizar AF, medo de se lesionar [60], aumento da idade, limitação física, doenças, falta de disposição, a AF não é prioridade [59], má saúde, falta de interesse, falta de oportunidades, medo de queda, e falta de tempo [62], a fadiga [31], e falta de habilidade [8]. Ao **nível interpessoal**: o papel da família, o facto de ser cuidador principal de um membro da família [40] ausência de companhia na realização de exercício e a pressão social, influência de opinião especializada [41], o baixo suporte social [31], familiares não realizam AF e preços elevados [60]; ao **nível da comunidade**: as responsabilidades laborais e sociais (trabalho comunitário, voluntariado,...) [40], a falta de segurança, a vizinhança; ao **nível ambiental**: a distância para locais próprios à

realização da AF, a existência de locais para a realização das mesmas, a falta de transportes públicos e a não existência de instalações próprias para a idade [40], falta de clima adequado [8], os locais inadequados [31], falta de instalações na vizinhança [60], falta de transporte [62], e diminuição do espaço nos passeios por falta de estacionamento [41]; **Outros** foram ainda referidos tais como: necessidade de repouso [8], falta de informação sobre AF e envelhecimento entre todos os membros da sociedade, os estereótipos do envelhecimento, a história de má experiência com desporto [31], falta de informação relevante sobre a temática, programas padronizados que não têm em conta a individualidade da pessoa, utilização do medo como instrumento de captação, estigma social associado à idade, agenda diferente entre o utente idoso e o profissional de saúde, estereótipos sobre personalidade da pessoa [61]. Ao **nível socioeconómico**, alguns estudos demonstraram barreiras de acordo com o nível socioeconómico. No caso de se pertencer a um nível socioeconómico mais elevado tem como barreiras: limitações físicas, isolamento social, barreira para exercitar-se, problemas de saúde, falta de suporte social, idade, baixa autoeficácia, clima, falta de aptidão física percebida, características do ambiente, controle de exercício excessivo, estágios de mudança, falta de expectativa de benefícios, falta de segurança, falta de tempo, características da AF, falta de conhecimento sobre saúde e exercício, falta de diversão, falta de motivação, alto risco de doenças cardíacas, características do equipamento, esforço percebido, intensidade do exercício, localização, ocupação, saúde psicológica deficitária [63]. No caso de pertencer a um nível socioeconómico mais baixo foram referidas barreiras como: custo, clima, falta de suporte social, problemas de saúde, barreiras para exercitar-se, estágios de mudança, falta de segurança, baixa autoeficácia, nível socioeconómico, idade, características do ambiente, consumo de álcool [63].

Verificamos que as principais barreiras à realização de AF entre adultos e idosos não diferem muito, excetuando o fator medo. O medo é um fator complexo, que pode ocorrer em diferentes situações e que também pode estar relacionado com a condição de saúde do indivíduo. Na literatura, o medo mais referido pela população idosa, é o medo de queda.

O prazer associado à realização de AF depende muito das preferências individuais do indivíduo. Assim, programas personalizados são necessários para o aumento da realização de AF. O suporte social é também o fator que deve ser avaliado em maior

atenção. Na sua maioria, os indivíduos desta faixa etária são solteiros, divorciados ou viúvos e está demonstrado na literatura, que programas de exercício que envolvam interação social podem ter uma maior efetividade [41].

O papel do profissional de saúde é fundamental no ensino dos benefícios relacionados com a prática de AF, devendo haver uma maior preocupação na promoção da literacia na população em relação a esta temática [41].

Para uma vigilância e intervenção eficaz de programas de AF, direcionados para a saúde pública, é importante determinar não apenas a proporção de pessoas que realizam AF, mas também compreender os fatores relacionados à prática de exercício e daqueles que atingem o nível recomendado de AF. Uma melhor compreensão dos fatores relacionados com a participação da AF é fundamental para a formulação de políticas e intervenções eficazes [44, 64, 65, 66].

Ao nível das diferenças entre as populações rurais e urbanas, verificou-se que as diferenças entre estas dependem muito da metodologia utilizada para medir a AF. Usando medidas objetivas, os residentes rurais são menos ativos fisicamente que os residentes urbanos, enquanto que no uso de medidas subjetivas de AF, que incluíam famílias e transporte, conclui-se que os residentes rurais são mais ativos do que os metropolitanos. O uso de uma metodologia mista será então a mais adequada para verificarmos as diferenças neste contexto [50].

Estudos que tentam identificar fatores associados à AF nos diferentes contextos são importantes de forma a ter em conta as diferenças entre países, culturas, ambientes e também a nível individual, permitindo desenhar intervenções específicas a cada população e indivíduo. O estudo da AF e as suas barreiras e motivadores/facilitadores torna-se assim fundamental para perceber os diferentes comportamentos e perceções existentes nos diferentes contextos em relação à AF [45].



### **III. Objetivos**

O objetivo central deste estudo é obter um entendimento subjetivo da importância, facilitadores e barreiras à prática de atividade física em indivíduos portugueses com idade acima dos 65 anos residentes em ambiente rural e urbano, pelo que a pesquisa se dirige para um grupo reduzido. Neste estudo existirão ainda objetivos específicos que passam por:

- Descrever as definições de atividade física fornecidas por indivíduos portugueses com idade acima dos 65 anos residentes em ambiente rural e urbano;
- Verificar as diferenças na percepção e realização da AF entre populações urbanas e rurais;
- Entender quais os benefícios da AF percebida pela população portuguesa acima dos 65 anos;
- Compreender quais os tipos de AF mais prazerosas na sua realização.





## **IV. Metodologia**

### **1 - Abordagem e desenho do estudo**

Neste estudo, descritivo e exploratório, foi adotada uma abordagem qualitativa, uma vez que permite uma compreensão dos fenómenos em estudo em maior profundidade [67]. A análise qualitativa permite enfatizar significados e crenças a partir dos próprios termos dos participantes e destacar aspetos característicos de determinadas circunstâncias contextuais [68]. Desta forma, é possível identificar a importância da AF, assim como as suas barreiras e motivadores em indivíduos acima dos 65 anos [69] de ambiente rural e urbano em Portugal. Esta abordagem gera descobertas que podem ser usadas na criação ou revisão de intervenções, realização de intervenções piloto e no desenvolvimento de programas [70].

### **2 – Participantes**

A amostra foi constituída a partir da população portuguesa com mais de 65 anos, não institucionalizados, que se encontrem autónomos e independentes. O número de indivíduos participantes neste estudo foi estabelecido com base nos princípios de saturação teórica, tendo sido entrevistados 12 indivíduos, dos quais seis habitavam em zona urbana e outros seis em zona rural.

A amostra estudada foi escolhida através de uma metodologia de amostragem intencional, selecionando casos que permitissem garantir alguma homogeneidade, de forma a dar uma imagem detalhada de um fenómeno particular, permitindo uma investigação detalhada de processos num contexto específico, mas por outro lado alguma variação por uma amostra não randomizada, para que sejam incluídos fenómenos que variem amplamente uns dos outros.

Para a definição de zona rural e urbana foram utilizados os conceitos propostos pelo Instituto Nacional de Estatística [71], em que se considera espaço urbano uma subsecção estatística que contempla um dos seguintes requisitos: 1) tipificada como "solo urbano", de acordo com os critérios de planeamento dos Planos Municipais de Ordenamento do Território; 2) integra uma secção com densidade populacional superior a 500 habitantes por Km<sup>2</sup>; 3) integra um lugar com população residente igual ou superior a 5.000 habitantes. Por outro lado, um espaço de ocupação predominantemente rural é entendido como uma subsecção estatística tipificada como "solo não urbano", de acordo com os critérios de planeamento assumidos nos Planos Municipais de Ordenamento do Território, que contempla o conjunto dos seguintes requisitos: 1) não foi incluída previamente na categoria de espaço urbano ou semiurbano; 2) tem densidade populacional igual ou inferior a 100 habitantes por Km<sup>2</sup>; 3) não integra um lugar com população residente igual ou superior a 2.000 habitantes.

### 3 - Recolha de dados

Tratando-se de um estudo qualitativo, a metodologia central de recolha de dados foi a entrevista semiestruturada. Adicionalmente, para permitir uma caracterização mais detalhada dos participantes, foram utilizados três questionários: um Questionário sociodemográfico, o International Physical Activity Questionnaire (IPAQ, versão longa) e o SF-36.

#### 3.1 - Entrevista semiestruturada

Dada a natureza exploratória deste trabalho, bem como os objetivos definidos, considerou-se a entrevista semiestruturada como um instrumento privilegiado de recolha de dados, por permitir explorar sem condicionamentos as perceções dos participantes, garantindo ao mesmo tempo a abordagem do mesmo conjunto de temas. A opção por entrevistas individuais pretendeu que os participantes tivessem uma total abertura na partilha das suas experiências pessoais em relação à atividade física.

O guião da entrevista semiestruturada foi baseado na literatura disponível sobre o tema e foi organizado nos seguintes blocos temáticos: definição de AF, benefícios de AF, importância da AF, principais obstáculos e facilitadores à AF e papel dos profissionais de saúde ou outros na realização da AF. Neste sentido, foram desenhadas algumas questões abertas de lançamento dos temas (Anexo II) e proposta a resposta a algumas escalas subjetivas.

Na entrevista semiestruturada foi também pedido aos participantes que respondessem através de uma Escala Análoga (EA) de 0 a 10 em relação às dimensões: capacidade de realizar atividade física, importância da atividade física e nível de atividade física.

## 3.2 - Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico (Anexo III) foi construído especificamente para o presente estudo para recolher alguns dados de caracterização dos participantes. Foram considerados os seguintes determinantes relacionados com a atividade física: sexo, idade, peso, altura, etnia, nacionalidade, concelho da residência, estado civil, escolaridade, número de pessoas com quem habita, número de filhos, rendimento mensal e patologias associadas.

### 3.2.1 - Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ)

O IPAQ avalia a atividade física relacionada com a saúde (Anexo IV). Este instrumento foi desenhado com o propósito de disponibilizar medidas de AF comparáveis internacionalmente, sendo por isso um instrumento largamente utilizado. O IPAQ permite estimar o tempo semanal gasto em AF de intensidade moderada e vigorosa, em diferentes contextos do quotidiano, como trabalho, transporte, tarefas domésticas e lazer, e ainda o tempo utilizado em atividades passivas, realizadas na posição sentada.

Na sua forma longa, o IPAQ conta com trinta e um itens para avaliar aspetos da AF relacionados com a saúde e comportamentos sedentários. O IPAQ mede a AF Total (METs.minutos por semana, sendo que um MET corresponde a 3.5 ml/kg/min de oxigénio consumido). Neste questionário os sujeitos são inquiridos sobre toda a AF de intensidade vigorosa, AF de intensidade moderada e sobre os hábitos de marcha, quer

sejam inerentes às atividades da vida diária ou AF organizada e estruturada, tendo como referência a última semana [73].

A forma longa foi intencionalmente delineada para fornecer uma avaliação mais detalhada dos hábitos diários de atividade nos domínios anteriormente descritos. Durante a administração dos questionários os participantes foram inquiridos para estimarem o número de dias, horas e minutos passados em AF tendo em conta o período temporal de uma semana.

Apesar do IPAQ não se tratar de um instrumento específico para idosos, este mostrou uma alta reprodutibilidade nesta faixa etária em ambos os sexos. Quanto à fiabilidade, os indicadores foram baixos., apesar disso os valores encontrados foram superiores aos observados em outros estudos, em virtude da aplicação em entrevista melhorar a estabilidade das medidas [72].

Os resultados deste instrumento permitem a classificação da AF Habitual em três níveis: baixo, moderado e elevado. O protocolo de pontuação permite a classificação dos vários níveis da AF [73].

Utilizaram-se os valores de METS e fórmulas recomendadas para o processamento de dados do IPAQ (Guidelines for data processing and analysis of the international physical activity questionnaire (IPAQ)-short and long forms). Os valores obtidos foram então somados e a quantidade total de AF calculada em equivalentes metabólicos (MET-min/semana).

### **3.2.2 - SF-36v2**

O SF-36v2 (Anexo V) é considerado uma escala de medida genérica de saúde uma vez que se destina a medir conceitos de saúde que representam valores humanos básicos, relevantes à funcionalidade e ao bem-estar de cada um. Além disso não é específico de qualquer nível etário, doença ou tratamento. Este questionário é um instrumento genérico de medição de estado de saúde com grande potencial na utilização internacional e na avaliação de resultados clínicos [74].

O SF-36v2 é composto por 36 itens, 35 dos quais se organizam em oito domínios: 1) função física; 2) desempenho físico; 3) dor física; 4) saúde geral; 5) vitalidade; 6) função social; 7) desempenho emocional; e 8) saúde mental. O último item refere-se à mudança de saúde que, apesar de não se associar a nenhum domínio, participa no cálculo do score total [73]. (figura 5)

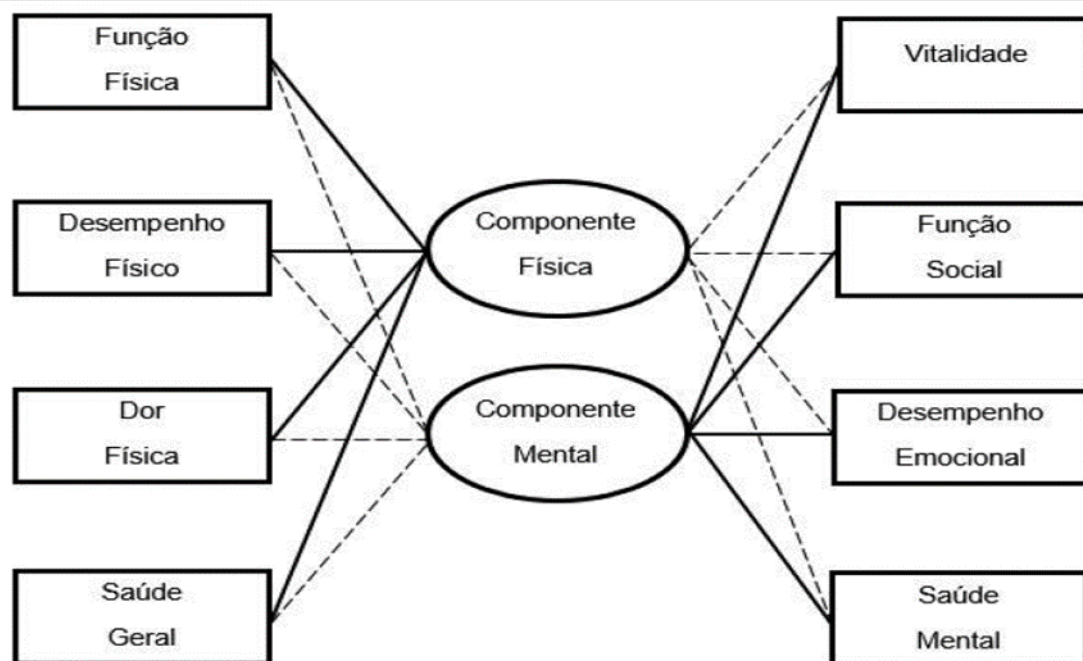


Figura 5 - Associação dos 8 domínios em 2 componentes do SF-36 (Adaptada de Ware, Kosinski & Keller, 1994).

O domínio referente à **Função Física** (10 itens) pretende medir desde a limitação para executar AF menores, como tomar banho ou vestir-se, até às atividades mais exigentes, passando por atividades intermédias como levantar ou carregar as compras da mercearia, subir lanços de escadas ou andar uma determinada distancia [75]. Valores baixos nesta dimensão indicam que a pessoa se encontra muito limitada na realização de todas as AF, incluindo tomar banho ou vestir-se por razões de saúde, e valores elevados significam que a pessoa realiza todos os tipos de AF, incluindo as mais exigentes, sem limitações por motivos de saúde [74].

O **Desempenho Físico** (4 itens) mede a limitação em saúde devido a problemas físicos, ao tipo e à quantidade do trabalho realizado. Inclui a limitação no tipo usual de tarefas executadas, a necessidade de redução da quantidade de trabalho e a dificuldade em realizar as tarefas [75]. Valores baixos nesta dimensão indicam problemas com o

trabalho ou outras atividades diárias em consequência da Saúde física e valores elevados indicam que a pessoa não tem problemas na realização do trabalho ou de outras atividades diárias em consequência da Saúde física [74].

A **Dor Física** (2 itens: representa não só a intensidade e o desconforto causados pela dor, mas também a extensão e a forma como interfere nas atividades usuais [75]. Valores baixos indicam dor muito intensa e extremamente limitativa; valores elevados indicam que a pessoa não apresenta dor ou limitação devido à dor [74].

O **Desempenho Emocional** (3 itens) mede a limitação em saúde devido a problemas emocionais, ao tipo e à quantidade do trabalho executado. Inclui a limitação no tipo usual de tarefas executadas, a necessidade de redução da quantidade de trabalho e a dificuldade de realizar as tarefas [75]. Valores baixos na subescala indicam que a pessoa apresenta dificuldades com o trabalho ou outras atividades diárias como resultado de problemas emocionais; valores elevados nesta subescala indicam que a pessoa não tem dificuldades com o trabalho ou outras atividades diárias devido a problemas emocionais [74].

A **Saúde Geral** (5 itens): pretende medir o conceito de percepção geral da saúde, incluindo não só a saúde atual mas também a resistência à doença e a aparência saudável, tornando-se assim, menos redundante aos olhos dos responsáveis, relativamente às restantes perguntas [75]. Valores baixos indicam que a pessoa avalia a sua saúde como má e acredita que ela provavelmente vai piorar; valores elevados indicam que a pessoa avalia a sua saúde como excelente [74].

A **Vitalidade** (4 itens): inclui os níveis de energia e de fadiga. Esta escala permite captar melhor as diferenças de bem-estar [75]. Valores baixos significam que a pessoa se sente cansada e exausta a maior parte do tempo e valores elevados indicam que a pessoa se sente animada e cheia de energia [74].

O **Desempenho Social** (2 itens): pretende captar a quantidade e a qualidade das atividades sociais, assim como o impacto dos problemas físicos e emocionais nas atividades sociais do respondente [75]. Quando apresenta valores baixos indica que os

problemas emocionais e físicos interferem de uma forma extrema e frequente com as atividades sociais normais; valores elevados indicam que a pessoa realiza as atividades sociais normais sem que problemas físicos ou emocionais interfiram [74].

A **Saúde Mental** (5 itens) inclui questões referentes a quatro das mais importantes dimensões da saúde mental, nomeadamente a ansiedade, a depressão, a perda de controlo em termos comportamentais ou emocionais e o bem-estar psicológico [75]. Valores baixos indicam que a pessoa se encontra sempre nervosa e deprimida; valores elevados indicam que a pessoa se sente em paz, feliz e em calma [74].

O sistema de pontuação do SF-36v2 é realizado com os valores dados a cada componente e dimensão, sendo que posteriormente o score total varia entre 0 e 100, em que quanto maior o resultado, melhor será o estado de saúde e a qualidade de vida do indivíduo. Este instrumento pode ser administrado de diversas formas incluindo a autoadministração, o preenchimento por via digital, entrevista pessoal ou por telefone, sendo que no presente estudo foi utilizada a opção de autoadministração. É utilizado com sucesso na população em pessoas com 14 anos ou mais, saudáveis ou portadoras de doenças específicas [74].

## 4 - Procedimentos

Para o recrutamento dos participantes, o autor deste trabalho recrutou os participantes através de contacto pessoal.

Antes da realização das entrevistas, foi fornecida informação sobre o âmbito e objetivos do estudo, bem como acerca das condições de participação, designadamente a confidencialidade da informação fornecida e o anonimato no tratamento da informação. Seguidamente, os participantes assinaram o consentimento informado escrito. (Anexo VI)

As entrevistas foram realizadas em Maio de 2018, de forma individual, em casa dos participantes com duração de cerca de trinta minutos. Não houve qualquer tipo de

comunicação entre os participantes ao longo da recolha dos dados. Todas as entrevistas foram conduzidas pelo autor. As entrevistas foram registadas através de gravação áudio, sendo posteriormente o *verbatim* transcrito para escrita e revisto pelos investigadores.

Os questionários foram preenchidos antes da realização da entrevista e com a presença do investigador, sendo o primeiro questionário a ser preenchido, o sociodemográfico, seguido pelo IPAQ e por fim o SF-36v2, não havendo limite de tempo para o preenchimento dos questionários.

## 5 - Análise de dados

O texto transcrito foi sujeito a análise temática, de acordo com os pressupostos de Braun e Clarke [76] e com recurso ao *software* MAXQDA 2018.

Inicialmente foram analisadas duas entrevistas de forma exploratória (uma do meio urbano e outro do meio rural) no programa MAXQDA 2018. Esta análise teve como propósito fazer uma codificação inicial de acordo com as diversas temáticas existentes nos textos. A análise foi usada para codificar as transcrições da entrevista, sendo que inicialmente, as transcrições foram lidas para os autores se contextualizarem com o contexto. Todos os códigos foram então determinados a partir da transcrição e leitura da mesma [76].

Posteriormente foram codificadas todas as transcrições das restantes entrevistas. Os códigos emergentes foram sendo gerados nas leituras das diferentes transcrições. Os investigadores nas reuniões posteriores realizaram diversas reuniões, de forma a arranjar um consenso nos diferentes códigos e proceder posteriormente a uma refinação dos mesmos [76].

Através do MAXQDA 2018, foi então construído o esquema final de codificações. Os textos foram posteriormente geridos através de uma tabela de Excel e foi realizada uma



definição de cada código de forma a otimizar a interpretação das diversas entrevistas. (Anexo VII) [76].

Aos questionários do IPAQ e SF-36v2, foram dadas as pontuações utilizando as instruções de cada instrumento e formulado um score final e interpretados os seus resultados.

Para uma melhor integração dos resultados encontrados, foi realizada uma análise individual, que permitisse triangular a informação proveniente dos diferentes instrumentos utilizados neste estudo



## V Resultados

### 1 - Caracterização sociodemográfica

A população estudada foi constituída por portugueses com mais de 65 anos, não institucionalizados, que se encontrassem autónomos e independentes. Foram selecionados 12 indivíduos, dos quais seis habitavam em zona urbana e outros seis em zona rural. Todos os indivíduos eram de origem e nacionalidade portuguesa e de etnia caucasiana

No meio rural, foram entrevistados 4 indivíduos do sexo masculino e 2 do sexo feminino. Estes tinham idades entre os 65 e os 86 anos, o peso entre 53 Kg e os 85 Kg e as alturas entre os 150cm e os 168cm. Todos os indivíduos do meio rural habitavam no concelho de Santa Comba Dão e eram casados. A maioria tem como nível de escolaridade o 1º ciclo (n=4), havendo apenas um indivíduo com o ensino secundário e um participante que não sabe ler/escrever. Em termos de rendimento do agregado familiar 2 participantes têm rendimento entre 1000-1499 euros, sendo que outros dois têm entre 1500-1999. Os restantes apresentam rendimento entre 500-999 euros (n=1) e 2000-2999 euros (n=1)

Em relação ao meio urbano foram entrevistados 4 indivíduos do sexo feminino e dois do sexo masculino. Estes têm como média de idades 73,5 anos, uma média de peso de 64 kg e uma média de alturas de 164 cm. Os participantes habitam nos concelhos da Amadora (n=3), Lisboa (n=2) e Sintra (n=1) e têm como estado civil casado (2), separado/divorciado (n=2), viúvo (n=1) e solteiro (n=1). Ao nível da escolaridade três participantes o 1º ciclo, sendo que o restante tem o 2º ciclo básico (n=1), ensino secundário profissional (n=1) e ensino universitário (n=1). Em termos de rendimento do agregado familiar 3 participantes situam-se no escalão 1000-1499, 2 participantes entre 3000 ou superior e um dos indivíduos entre 500-999.

Ao nível do historial clínico as patologias mais referidas foram idênticas tanto ao nível da população urbana como da população rural. A HTA foi referida por 4 participantes em ambas as populações, e a dislipidémia por 3. Ao nível dos participantes que habitam na zona rural foram ainda referidas as seguintes patologias: glaucoma e catarata (n=2), diabetes tipo II (n=1), doença cardíaca (n=1), osteoporose (n=1), hérnias cervicais (n=1) e rutura muscular. Ao nível dos indivíduos da zona urbana foram referidos: artrite (n=2), cancro (n=1), doença gastrointestinal (n=1), demência (n=1), doença cardíaca (n=1), diabetes tipo I (n=1), hipertiróidismo (n=1), DPOC (n=1), doença renal (n=1), AVC (n=1), apneia do sono (n=1), doença cardíaca (n=1), osteoporose (n=1), tuberculose (n=1).

Ao nível das patologias que tinham acompanhamento clínico, também a HTA (n=3 meio rural e n=4 meio urbano) e a dislipidémia (n=3 nas duas populações) foram as mais referidas, sendo de acrescentar também a artrite (n=3 meio rural e n=2 meio urbano). No meio rural foram ainda referidos glaucoma e catarata (n=1), diabetes tipo II (n=1), Doença Cardíaca (n=1), espondilartrose (n=1) e doença próstata (n=1). No meio urbano foram referidas ainda as patologias: doença cardíaca (n=2), demência (n=1), doença gastrointestinal (n=1), diabetes tipo I (n=1), hipertiróidismo (n=1), DPOC (n=1), Artrite (n=1), doença renal (n=1) e AVC (n=1).

## 2 – AF dos participantes e seu nível, importância e capacidade de a realizar

A quantificação da AF por parte dos participantes foi feita através da aplicação do IPAQ. Para uma melhor leitura dos resultados, estes foram organizados pela ordem igual à das entrevistas, sendo que os participantes 1 a 6 são da zona rural e os participantes 7 a 12 da zona urbana.

Ao verificarmos as pontuações totais e suas respetivas classificações (tabela 1), verifica-se que todos os habitantes das zonas rurais realizam uma AF elevada ao passo que a maioria das participantes da zona urbana realizam uma AF moderada (n=4). Estas diferenças parecem dever-se sobretudo devido às diferenças no total de AF realizado nos jardins/quintais.

Tabela 1. Score IPAQ – score total da AF e sua classificação

	Total Caminhada (MET-min/semana)	Total Moderada (MET-min/semana)	AF	Total Vigorosa (MET-min/semana)	AF	Score total de AF (MET-min/semana)	Classificação
Participant e 1	1798,5	11484	0			13282,5	AF alta
Participant e 2	759	17436	0			18195	AF alta
Participant e 3	495	3360	0			3855	AF alta
Participant e 4	0	8820	0			8820	AF alta
Participant e 5	2376	14598	2160			19134	AF alta
Participant e 6	1386	2394	0			3780	AF alta
Participant e 7	693	360	0			1053	AF moderada
Participant e 8	2673	9060	1120			12853	AF alta
Participant e 9	561	1890	0			2451	AF alta
Participant e 10	346,5	315	0			661,5	AF moderada
Participant e 11	462	360	0			822	AF moderada
Participant e 12	1386	0	0			1386	AF moderada

Ao nível da AF como trabalho doméstico, manutenção geral e cuidar da família, verificou-se um padrão diferente entre os participantes rurais e urbanos. Ao nível do trabalho vigoroso no jardim/quintal, 3 dos 6 habitantes rurais, realizam este nível de trabalho durante 6 dias e com durações de 60 minutos, 120 minutos e 180 minutos. Ao nível do mesmo tipo de trabalho mas com um nível moderado todos estes participantes o realizam, sendo que três indivíduos realizavam todos os dias, dois habitantes realizam durante 6 dias e um durante 1 dia. A duração deste tipo de trabalho vai desde os 30 min (n=2), 120 min (n=1), 180 min (n=2) e 300 min (n=1).

Na população urbana nenhum participante realiza trabalho vigoroso no jardim/quintal, sendo que o mesmo tipo de trabalho a nível moderado apenas foi realizado por dois participantes com frequência de 5 dias e duração de 90 minutos e frequência de 3 dias e duração de 30 minutos.

Ao nível das tarefas, 4 pessoas na zona rural e 4 pessoas na zona urbana realizavam estas atividades. Na zona rural a frequência variava entre 7 dias (n=2) e 6 dias (n=2), ao passo que na zona urbana a frequência variava entre 7 dias (n=2), e 2 dias (n=1). Os habitantes rurais realizavam 60 a 300 minutos (mediana de 120 minutos) em cada dia de atividades caseiras ao passo que o participante da zona urbana realizava entre 0 a 90 minutos (Mediana=37,5 minutos) nessas mesmas tarefas.

Desta forma, o nível de AF total média dos participantes da zona rural situa-se nos 7182 MET-min/semana, ao passo que os outros participantes têm um valor de 5625 MET-min/semana.

Tabela 2. Score IPAQ – dimensão AF como trabalho doméstico, manutenção geral e cuidar da Família

	Trabalho vigoroso jardim/quintal		Trabalho moderado jardim/quintal		Trabalho moderado tarefas caseiras		Total (MET- min/seman a)
	Duraçã o (minuto s)	Frequênc ia (dias)	Duraçã o (minuto s)	Frequênc ia (dias)	Duraçã o (minuto s)	Frequênc ia (dias)	
Participante 1	180	6	180	6	180	6	11124
Participante 2	120	6	300	7	300	7	17076
Participante 3	0	0	120	7	0	0	3360
Participante 4	0	0	180	7	180	7	8820
Participante 5	60	1	30	1	0	0	318
Participante 6	30	6	30	6	60	6	2394
Participante 7	0	0	0	0	60	2	360
Participante 8	0	0	90	5	60	5	2700
Participante 9	0	0	0	0	90	7	1890
Participante 10	0	0	0	0	15	7	315
Participante 11	0	0	30	3	0	0	360
Participante 12	0	0	0	0	0	0	0

Ao nível da AF no trabalho (tabela 3) os resultados não foram expressivos, pois a grande maioria dos participantes eram reformados e não tinham uma atividade profissional complementar (n=10). Apenas dois entrevistados tinham uma atividade profissional, um na zona rural e outro na zona urbana. A grande diferença entre os dois participantes deu-se na duração das atividades moderadas e intensas, onde o participante 5 tinha um total de 18816 MET-min/semana e o participante 8, 8380 MET-min/semana.

Tabela 3. Score IPAQ – dimensão AF no trabalho

	Caminhada		AF Moderada		AF Vigorosa		Total (MET-min/semana)
	Duração (minutos)	Frequência (dias)	Duração (minutos)	Frequência (dias)	Duração (minutos)	Frequência (dias)	
Participante 1	0	0	0	0	0	0	0
Participante 2	0	0	0	0	0	0	0
Participante 3	0	0	0	0	0	0	0
Participante 4	0	0	0	0	0	0	0
Participante 5	240	3	510	7	270	3	18816
Participante 6	0	0	0	0	0	0	0
Participante 7	0	0	0	0	0	0	0
Participante 8	150	4	300	5	50	5	8380
Participante 9	0	0	0	0	0	0	0
Participante 10	0	0	0	0	0	0	0
Participante 11	0	0	0	0	0	0	0
Participante 12	0	0	0	0	0	0	0

Na dimensão AF como meio de deslocação/transportes (tabela 4), sobressaiu o facto de nenhum participante utilizar a bicicleta como meio de transporte. A grande maioria dos participantes realizava caminhadas como meio de deslocação (n=10), diariamente (n=9) ou 6 dias da semana (n=1). Dos 12 entrevistados apenas 2, do meio rural, não se deslocavam caminhando.

As caminhadas tinham durações que variavam desde os 15 min (n=2), 20 min (n=3), 30 min (n=2) e 60 min (n=3), não se destacando diferenças entre os participantes rurais e urbanos a este nível

Tabela 4. Score IPAQ – dimensão AF como meio de deslocação/transportes

	Caminhada		Ciclismo		Total (MET-min/semana)
	Duração (minutos)	Frequência (dias)	Duração (minutos)	Frequência (dias)	
Participante 1	60	7	0	0	1386
Participante 2	30	7	0	0	693
Participante 3	15	7	0	0	346.5
Participante 4	0	0	0	0	0
Participante 5	0	0	0	0	0
Participante 6	60	7	0	0	1386
Participante 7	30	7	0	0	693
Participante 8	20	6	0	0	396
Participante 9	20	7	0	0	462
Participante 10	15	7	0	0	346.5
Participante 11	20	7	0	0	462
Participante 12	60	7	0	0	1386

Em termos de AF e desportivas de recreação e tempos livres (tabela 5), a caminhada foi a mais realizada (n=5), com durações entre os 45 minutos (n=1) e os 20 minutos (n=2).

As AF moderadas apenas eram realizadas por 3 participantes, com uma duração de 45 minutos e frequências de dois dias em todos eles. Nas AF vigorosas apenas uma habitante da zona urbana realizava atividades de 45 minutos em dois dias da semana.



Tabela 5. Score IPAQ – dimensão Atividades Físicas e Desportivas de Recreação e Tempos Livres

	Caminhada		AF Moderada		AF Vigorosa		Total (MET-min/semana)
	Duração (minutos)	Frequência (dias)	Duração (minutos)	Frequência (dias)	Duração (minutos)	Frequência (dias)	
Participante 1	20	1	45	2	0	0	426
Participante 2	20	1	45	2	0	0	426
Participante 3	15	3	0	0	0	0	148.5
Participante 4	0	0	0	0	0	0	0
Participante 5	0	0	0	0	0	0	0
Participante 6	0	0	0	0	0	0	0
Participante 7	0	0	0	0	0	0	0
Participante 8	45	2	45	2	45	2	1377
Participante 9	15	2	0	0	0	0	99
Participante 10	0	0	0	0	0	0	0
Participante 11	0	0	0	0	0	0	0
Participante 12	0	0	0	0	0	0	0

Relativamente ao tempo que os participantes neste estudo passam sentado (tabela 6), verificamos que a grande maioria passa mais de duas horas sentado por dia (n=11), sendo que em média um habitante da zona rural passa 165 minutos sentado ao passo que um habitante da zona urbana passa em media 289,2 minutos sentado.

Tabela 6. Score IPAQ – Tempo sentado

	Tempo total (minutos)	Média do tempo total sentado (minutos)
Participante 1	1260	180
Participante 2	1680	240
Participante 3	1680	240
Participante 4	840	120
Participante 5	420	60
Participante 6	1890	270
Participante 7	1050	150
Participante 8	2700	385.7
Participante 9	1050	150
Participante 10	4200	600
Participante 11	1050	150
Participante 12	2100	300

## 2.1 - Capacidade de realizar AF

No que se refere à percepção dos entrevistados quanto à sua capacidade para realizar AF, 5 indivíduos percecionavam uma capacidade média (5 na escala EA), ao passo que 6 participantes referiram uma capacidade acima da média (<6 na escala EA). Apenas uma pessoa referiu baixa capacidade para a realização da AF (1 na escala EA) e não se verificaram padrões diferentes entre as zonas urbanas e rurais em relação à auto-percepção da capacidade para realizar atividades físicas.

## 2.2 - Importância da AF

Relativamente à percepção demonstrada pelos entrevistados quanto à importância da AF na sua vida, a maioria (n=11) atribuiu bastante importância à AF nas suas vidas, dando valores entre os 6 e os 10, sendo que apenas um participante deu uma importância média na sua vida (EA=5)

## 2.3 - Nível de AF

No que se refere à auto-percepção dos participantes quanto à quantidade de realização de AF realizada, como suficiente ou insuficiente, cinco entrevistados referiram um nível

insuficiente de AF, sendo que a maior parte eram habitantes de zona urbana (n=4) e 2 participantes da zona rural, referiram um nível médio de AF

### 3 - Qualidade de vida dos participantes

Ao nível da qualidade de vida (tabela 7), todos os participantes apresentam scores elevados ao nível do desempenho físico (superior a 75) e ao nível do desempenho emocional (acima dos 83,3), Na dimensão funcionamento físico também a maioria dos participantes apresentam scores elevados (superior a 70), excetuando um elemento da população urbana que apresentava um score de 40.

Ao nível da dimensão dor corporal os participantes na zona rural e urbana obtiveram scores entre 90 (n=1) e 31 (n=1).

Ao nível da saúde geral, na zona rural verificou-se uma grande variação nas pontuações, havendo participantes com scores elevados e outros com pontuações muito baixas com valores de 35 e 45. Entre os participantes da zona urbana, apenas um obteve uma pontuação acima de 72

Também na dimensão vitalidade a diferença entre a população rural e urbana foi acentuada. Os participantes da zona rural tiveram scores acima dos 50, sendo que dois entrevistados tiveram pontuações de 100 e 81,25. Já nos participantes que habitam na zona urbana todos os participantes tiveram pontuações abaixo dos 56,25 com exceção de uma, que apresentou valor de 75.

Por fim a saúde mental apresentou diferenças semelhantes às apresentadas na dimensão vitalidade, sendo que na população rural todos os valores se situam acima dos 70 (n=3), havendo dois scores de 85 e um de 90. Na população urbana apenas dois participantes apresentaram pontuações acima deste valor, com uma pontuação de 80 (n=2)

Tabela 7 – Resultados do score do SF-36v2

	Funciona mento Físico	Desemp enho físico	Dor Corp oral	Saú de Ger al	Vitalid ade	Funciona mento social	Desemp enho emocion al	Saú de Men tal
Particip ante 1	95	87,5	61	62	56,25	100	100	90
Particip ante 2	90	87,5	61	82	56,25	50	100	70
Particip ante 3	75	100	51	35	56,25	75	100	70
Particip ante 4	70	100	51	70	100	100	100	85
Particip ante 5	90	100	90	90	81,25	100	100	85
Particip ante 6	85	75	31	45	50	62,5	100	70
Particip ante 7	40	100	31	20	50	75	83,33333 3	60
Particip ante 8	95	100	90	72	75	100	100	80
Particip ante 9	95	100	62	50	43,75	100	100	60
Particip ante 10	70	100	61	25	37,5	100	100	25
Particip ante 11	90	87,5	62	72	50	100	83,33333 333	80
Particip ante 12	85	100	72	62	56,25	37,5	91,66666 667	65

## 4 - Percepções acerca dos benefícios, facilitadores, barreiras e tipos de AF

A análise das entrevistas resultou num sistema hierárquico de categorias com 5 categorias principais: conceito de AF, benefícios da AF, atividades preferidas, facilitadores e barreiras. Dentro destes, outros subgrupos foram formados, os quais irão ser explorados durante este capítulo.

### 4.1 - Definição de AF

Os participantes apresentaram definições diversas de atividade física, fazendo frequentemente referência à atividade física numa perspetiva mais holista e indissociável da saúde e bem-estar. Estas definições foram organizadas em cinco dimensões. Vários participantes descreveram a atividade física associada à sua **saúde e bem-estar** (n=5), como foi o caso do participante 7: *“Se tivesse que definir AF, quer dizer... na minha maneira de ver, a AF faz falta a qualquer pessoa e eu acho que isso é uma coisa que é útil para a nossa saúde.”* (Urbano\Entrevista 7\_U: 6 - 6)

Outros participantes descreveram a atividade física de forma mais estrita, associando-a ao desporto e exercício estruturado, ao movimento, à ocupação e rotinas quotidianas e ao lazer. Relativamente às definições de atividade física associada ao **desporto e exercício estruturado** (n=4), verificaram-se mais referências por parte dos participantes da zona urbana (n=3)

*“São várias coisas, como fazer desporto, natação, andar de bicicleta, caçar, que era uma coisa que eu fazia mais do que faço hoje em dia. Considero isso tudo como sendo atividade física. Nadar na praia também, gosto de praia, gosto de fazer natação”* (Urbano\Entrev11\_U: 4 - 4)

Seguindo a mesma tendência, apenas os participantes da zona urbana definiram a atividade física como associada a **qualquer tipo de movimento** realizado pelo indivíduo (n=3): *“(...) é uma pessoa mexer-se e uma pessoa andar de um lado para o outro e conseguir fazer as coisas todas”* (Urbano\Entrev10\_U: 4 - 4)

O participante 1 definiu a atividade física como **ocupação**: “Atividade física começa desde que nós se levantamos até se deitamos e normalmente no campo, trabalhando a horta, trabalhando o jardim, trabalhando e preparando terrenos para cultivar, essa é uma atividade física.” (Rural\Entrevista 1\_R: 4 - 4). O participante 3 associou a atividade física ao lazer: “(...) é uma atividade que digamos lúdica, talvez ou meio lúdica, vá.” (Rural\Entrevista 3\_R: 4 – 4)

Em síntese, é possível verificar que o conceito de atividade física enquanto desporto e movimento foi essencialmente referido pela população urbana. Em contraste, a percepção da atividade física como inerente à ocupação e rotinas e como atividade de lazer apenas foi apresentada por participantes da zona rural.

## 4.2 - Tipo de AF mais prazerosa

Foi definida esta temática como o tipo de AF preferida e que providencia mais prazer ao entrevistado. Foram diversos os subgrupos que surgiram durante a codificação por parte dos autores. Os mais referidos por parte das pessoas, relacionam-se com os tipos de **AF relacionados com a água** (n=6) e **caminhadas** (n=7), sendo que os primeiros foram referidos mais vezes pelas pessoas em meio urbano (n=4). Outros participantes fizeram referência a outras atividades, como **tratar jardim/quintal** (n=2, apenas meio rural), **desportos ao ar livre** (n=1), **ginásio** (n=1), **andar bicicleta** (n=1) e **exercícios individuais** (n=1).

*Eu não gosto tanto do ginásio como da hidroginástica, dado que o ginásio é um pouco... um pouco mais... fica mais agreste. Na hidroginástica a pessoa sente-se mais leve. (Rural\Entrevista 1\_R: 43 - 43)*

*Gosto de fazer ginástica, ginástica daquela tipo militar... é verdade é... ainda faço hoje aquelas... flexões não, mas abdominais ... faço umas quatro, cinco ou 6 vezes... daquelas que aprendi na tropa ... e resolve certas situações (Rural\Entrev5\_R: 58 - 58)*

*O que eu mais gostaria de fazer, sei lá... um ginásio, poder fazer mais tempo e poder correr. Podia bicicleta e assim essas coisas (Urbano\Entrevista 7\_U: 38 - 38)*

### 4.3 Importância/Benefícios da AF

Todos os entrevistados identificaram benefícios relacionados com a prática de atividade física, tendo sido organizados em quatro categorias: ganhos ao nível do estado geral de saúde, ganhos ao nível do bem-estar psicológico, ganhos ao nível da saúde mental, ganhos ao nível da autonomia e independência.

Todos os entrevistados referiram benefícios relacionados com o **estado geral de saúde**. Foram aqui incluídas referências a benefícios ao nível do movimento (n=7), saúde e longevidade (n=9), recuperação física (n=4) e sistema músculo-esquelético (n=4).

*“acho que a pessoa se mantém mais ágil, mais desenvolto, menos perro”*  
(Rural\Entrevista 3\_R: 9 - 9)

*“(...) tanto que se diz que as pessoas do campo que mais vivem no campo, porque vivem no campo, porque vão semear, colher e arrancar as ervas duram mais anos do que aquelas que estão sentadas no sofá de perna cruzada todo o dia.* (Rural\Entrevista 4\_R: 23 - 23)

*“É boa, é muito... muito boa para mim em especial derivado ao que tenho (...) A prótese do joelho... que é para recuperar.* (Rural\Entrev5\_R: 16 - 19)

*“Pelo menos na parte óssea, caso de coluna, tudo o que seja parte óssea, portanto...”* (Rural\Entrevista 1\_R: 29 – 29)

Nos benefícios relacionados com o estado geral de saúde, verificou-se que os benefícios ao nível da saúde e **longevidade** foram mais referidos por participantes da zona urbana (n=6). Por seu turno, os benefícios ao nível da **recuperação física** e do **sistema músculo-esquelético** foram mais referidos por entrevistados da zona rural (n=3).

Muitos participantes descreveram benefícios em termos de bem-estar psicológico, salientando sensações de bem-estar geral, satisfação e tranquilidade (n=8).

*“Eu acho que fico satisfeita comigo própria”* (Urbano\Entrev12\_U: 28 - 28)

Alguns entrevistados referiram também benefícios ao **nível da saúde mental**, como melhoria do nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional (n=5)

*“(...) a mente fica mais aliviada.”* (Urbano\Entrevista 7\_U: 26 - 26)

Finalmente, dois participantes da zona urbana mencionaram efeitos positivos ao nível da **autonomia e independência**.

*“Olhe poder trabalhar, poder fazer as coisas sem precisar de ninguém”*  
(Urbano\Entrev10\_U: 13 - 13)

#### 4.4 - Barreiras à AF

Nesta secção serão definidos e descritos os diferentes tipos de barreiras à AF. Os participantes fizeram referência a limitações físicas, motivação, aspetos do ambiente físico, falta de suporte social, tempo, preços desadequados e falta de conhecimentos e competências. (Tabela 8).

Tabela 8 – Barreiras à AF e seus participantes

Temas/Subtemas	Participantes
<b>Limitações Físicas</b>	
<b>Efeitos da idade</b>	Participantes 1,2, 3 e 8
<b>Dor</b>	Participantes 3, 4 e 6
<b>Doença e incapacidade</b>	Participantes 2,3,4,5, 6,7,9,10
<b>Falta motivação</b>	Participantes 3,4,11,12
<b>Barreiras Ambiente Físico</b>	Participantes 1, 2, 3, 4, 5, 6
<b>Tempo</b>	Participantes 2, 7, 8 e 9
<b>Falta suporte social</b>	Participantes 2, 8 e 9
<b>Preços desadequados</b>	Participante 3
<b>Conhecimentos/competências</b>	Participante 1



A maioria dos participantes apontaram as limitações físicas como fatores que influenciam negativamente a realização de atividade física. Vários participantes referiram **limitações físicas relacionadas com a presença de doenças**:

*“(...) ou falta-me já talvez, sei lá, sensibilidade, mal-estar do pescoço, das hérnias que tenho, ou das pernas parece que já desgastam, porque eu ando muito curva... eu como não posso andar com a cabeça de pé, com o pescoço direito, ando muito dobrada.”* (Rural\Entrevista 4\_R: 14 - 14)

Nas limitações físicas, incluíram-se também as referências a **dificuldades para a realização de atividade física relacionadas com efeitos da idade**, isto é, referências em que apontam limitações físicas relacionadas com o processo de envelhecimentos e seus efeitos no indivíduo (n=4):

*“O ser mais ativo aos 82 anos... não é muito, como é que eu hei-de dizer... não encontra certamente muitas pessoas que realizem exercício físico aos 82 anos”* (Rural\Entrevista 3\_R: 53 - 53). Este tipo de dificuldade foi mais referido pelos participantes da zona rural (n=3).

Foram ainda referidas por três participantes da zona rural as **limitações físicas relacionadas com a existência de dor**:

*“Quando faço uma caminhada... à noite ficam-me a doer as pernas.”* (Rural\Entrevista 6\_R: 30 - 30)

Outra das barreiras referidas foi a **falta de motivação**, entendida aqui como a limitação do impulso que faz com que o indivíduo realize atividade física (n=4), como sugerido pelo participante 4: *“...ao que parece não estou motivada”* (Rural\Entrevista 4\_R: 14 - 14)

As **barreiras do ambiente físico** foram referidas por 6 entrevistados, todos pertencentes à população rural. Foram aqui incluídas referências a elementos naturais, instalados ou edificados, que limitem a realização de atividade física e também referências à necessidade de espaços e equipamentos.

*“Nestes meios aqui somos poucos a ter disponíveis os espaços e outras coisas não é” (Rural\Entrev5\_R: 29 - 29)*

*“Se uma pessoa viver num edifício com escada, com vários vãos de escada, penso que isso será uma dificuldade.” (Rural\Entrevista 3\_R: 36 - 36)*

A **falta de tempo livre e/ou de qualidade** para dedicar à realização de atividade física foi mencionada por alguns participantes, essencialmente da zona urbana.

*“Gostava de mais de facto, tinha capacidade para mais, não tenho é horário pra isso” (Urbano\Entrev8\_U: 20 - 20)*

Três participantes fizeram referência à **falta de suporte social** quer no sentido da assistência para a realização da atividade física, quer no sentido dos afetos (n=3)

*“Ajudar... se calhar estou a queixar-me hoje de alguns problemas que se calhar se realmente tivesse essa possibilidade de ajuda” (Urbano\Entrev9\_U: 21 – 21)*

*“É preciso que eles também sejam atenciosos, que sejam pessoas, como é que e diz, pessoas amáveis, porque se estiverem assim muito trombudos, muito mal dispostos, também não agrada muito.” (Rural\Entrevista 2\_R: 45 - 46)*

Por fim, foram também mencionadas como barreiras os **preços desadequados** e a **falta de conhecimentos/competências** em relação à AF.

*“A pessoa para ir para uma piscina tem de pagar 200 ou 300 euros para fazer 20 tratamentos de piscina e nem toda a gente pode pagar 200 ou 300 euros com alguma frequência, porque se fizer uma vez e estiver o resto ano sem fazer, volta à mesma.” (Rural\Entrevista 3\_R: 56 - 56)*

*“No caso da AF evidentemente, deve haver alguns que eu não faço, porque eu também não sei adotar possivelmente” (Rural\Entrevista 1\_R: 32 - 33)*

## 4.5 - Facilitadores da AF

Neste capítulo serão definidas e descritas os diferentes tipos de facilitadores à AF. Os facilitadores recolhidos descritos pelos entrevistados foram nestes estudos são o apoio formal, experiências novas, necessidade, espaços, bom estado de saúde, suporte social e ar livre (Tabela 8).

Tabela 9 Facilitadores à AF e seus participantes

Temas/Subtemas	Participantes
<b>Apoio formal</b>	
<b>Outros</b>	Participantes 2, 4 e 6
<b>Profissionais de AF</b>	Participantes 1,5,7,8,9,11
<b>Profissionais de Saúde</b>	Participantes 1,2,4,5,6,7,8,9,10,11,12
<b>Espaços</b>	
<b>Formais</b>	Participantes 4,5,6,11,12
<b>Sem barreiras arquitetónicas</b>	Participantes 3 e 4
<b>Suporte social</b>	
<b>Iniciativas comunitárias</b>	Participante 8
<b>Suporte formal</b>	Participantes 1 e 3
<b>Companhia</b>	Participantes 4,8,9,10,11
<b>Experiências novas</b>	Participante 8
<b>Bom estado de saúde</b>	Participantes 1 e 3
<b>Necessidade</b>	Participante 3
<b>Ar livre</b>	Participantes 8 e 11

Na sua grande maioria os entrevistados referiram o **apoio formal** como o principal facilitador (n=11), sendo que esta categoria se define como o apoio prestado, através de cuidados de saúde ou outros cuidados especializados ou profissionais, para a realização da atividade física do indivíduo. Quase todos os entrevistados referiram o **apoio por parte de profissionais de saúde** (n=11), mas foi também mencionado o apoio por parte de profissionais de atividade física, essencialmente por participantes da zona urbana. Alguns entrevistados fizeram referência a outros profissionais relacionados com contextos em que se pratica atividade física, como rececionistas.

*“Acho que é um papel fundamental para nós, para as pessoas... será isso realmente que ajuda a levantar. Portanto se a pessoa está numa situação mais frágil, de certeza que uma das mais importantes ajudas será a dos profissionais de saúde.”* (Urbano\Entrev9\_U: 50 - 50)

*“Teria de recorrer às pessoas que estão dentro do ginásio, para puxar mais, puxar mais por mim.” (Urbano\Entrevista 7\_U: 43 - 43)*

*“Em todas as atividades, mesmo nas receções públicas, em todas as atividades que a gente, em todos os lugares que a gente vá se atendida, se não é atencioso...” (Rural\Entrevista 2\_R: 53 - 53)*

Outros dos facilitadores referidos pelos participantes foram os **espaços** onde se pode realizar AF (n=6), fazendo referência à disponibilidade de **espaços formais** (n=5) adequados à prática de atividade física mas também a **espaços sem barreiras arquitetónicas**. Apenas os participantes das zonas rurais fizeram referência ao papel das barreiras arquitetónicas.

*“A ajuda era ter os acessos à atividade com locais apropriados” (Rural\Entrev5\_R: 63 - 63)*

*“Por isso os engenheiros deviam ter... pelo menos aquela casa que nós temos, outro aspeto, outro aspeto não... ...outra... paraas pessoas que chegam a velhos e têm dificuldades. A escada é muito a pique e muito estreita. Por isso os engenheiros fazem parte da vida do mundo.” (Rural\Entrevista 4\_R: 55 - 55)*

Muitos entrevistados descreveram o papel do **suporte social** (n=7). Vários participantes, maioritariamente da zona urbana, enfatizaram a importância da **companhia** para incentivar a prática de atividade física(n=5). Um participante da zona urbana assinalou também a importância de iniciativas comunitárias para mobilizar as populações.

*“Gostava de ter mais companhia, uma pessoa sozinha acaba por não ter tanta motivação. Se junta uma, duas ou três pessoas... é mais fácil, motiva-nos mais” (Urbano\Entrev9\_U: 46 - 46)*

*“(...) a Farmácia, que há 3 gerações como clientes, que eu chamo a minha farmácia, organiza caminhadas ali com os velhotes, velhotes e não velhotes... (Urbano\Entrev8\_U: 59 - 59)*

O **suporte formal** (n=2) como o apoio prestado especializado, por outros profissionais que não os da área da AF e saúde

*“Eu creio que poderia haver muito mais exercício físico, se houvesse ajudas nesse sentido”* (Rural\Entrevista 3\_R: 56 - 56)

Ainda dentro dos facilitadores um entrevistado referiu as **experiências novas** como o conhecimento de novos tipos de atividade física: *“O que é que me levaria... hã... Outras experiências, eu gosto de fazer outras coisas novas, outras experiências, outras coisas que ainda não fiz na vida”* (Urbano\Entrev8\_U: 31 - 31)

Alguns entrevistados apontaram o estado de saúde como um facilitador ou mobilizador para a realização de atividade física. Dois entrevistados referiram que um **bom estado de saúde** favorece a percepção de competência e assim o envolvimento. Por outro lado, um entrevistado apontou que a **necessidade** concreta de realizar atividade física, como forma de recuperação, pode ser um precipitante para o início do envolvimento em atividade física.

*“(...) a pessoa sente necessidade de fazer exercício físico se tiver limitações”* (Rural\Entrevista 3\_R: 41 - 41)

*“Sinto-me perfeitamente à altura de fazer todos esses exercícios, que vão exigindo, por exemplo na hidroginástica e naqueles que a gente vai fazendo, na cultura, jardinagem e outras coisas mais.”* (Rural\Entrevista 1\_R: 38 - 38)

E os locais ou iniciativas não organizativas que permitam realização de atividade física em **espaços ao ar livre** (n=2), sendo apenas referido pela população urbana

*“estou a pensar voltar caçar e aí já faço uns quantos quilómetros a pé, pelo menos atras das perdizes são uns quantos quilómetros que se fazem”* (Urbano\Entrev11\_U: 21 - 21)

## 5. Descrição integrada de resultados de participantes rurais e urbanos

Ao nível da zona rural, **o participante 1**, com 76 anos, apresenta uma AF total elevada (13288,5 MET-min/semana), sedo bastante ativo no trabalho no jardim com trabalho vigoroso (6x por semana 180 minutos por dia), trabalho moderado (6x por semana 180 minutos por dia) e trabalho caseiro (6x por semana 180 minutos por dia), passando por dia 180 minutos sentado. Em termos de atividade de lazer realizada uma caminhada por dia durante 20 minutos e aulas de hidroginástica de 45 minutos duas vezes por semana. O participante revelou a ocupação como estando ligado à definição de AF, em que tinha como principais benefícios a saúde mental, o bem-estar e o estado geral de saúde (ao nível da saúde e longevidade, sistema músculo-esquelético e movimento). Em termos de capacidade física, sentia-se capaz (valor entre 7/8), com um nível de AF aceitável, referindo capacidade total na realização das aulas de hidroginástica. Refere a AF com tendo uma importância razoável na sua vida (valor entre 6/7). Ao nível da qualidade de vida o participante apresentou níveis elevados nas dimensões funcionamento social e desempenho social (score=100), funcionamento físico (score=95), saúde mental (score=90) e desempenho físico (score=87.5). Os valores menos elevados dizem respeito à dor corporal (score=61), saúde geral (score=62) e vitalidade (56.25). A AF física descrita como mais prazerosa eram os desportos aquáticos, especificamente as aulas de hidroginástica que realiza. Em termos de Barreiras, as referidas foram as do ambiente físico, conhecimento e competências e as limitações físicas decorrente dos efeitos da idade, ao passo que ao nível dos facilitadores aquele referido foi o apoio formal ao nível dos profissionais de saúde e de AF.

**O participante 3**, habitante da zona rural com 82 anos, apresenta uma AF total elevada (3855 MET-min/semana), unicamente devido ao trabalho realizado na quinta onde todos os dias despendia 120 minutos nesta AF e passa 250 minutos em média sentado por dia. O entrevistado associou a definição de AF ao lazer e bem-estar e como grandes benefícios o estado geral de saúde ao nível do sistema músculo-esquelético, recuperação física e do movimento. Em termos de capacidade física sentia alguma limitação (valor de 5), referindo a AF como sendo razoavelmente importante na sua vida (valor de 6). A AF que realizava com maior prazer eram as caminhadas, apesar de referir alguma limitação nas mesmas e por isso não as realizar. Ao nível da qualidade de vida

apresentava valores elevados nas dimensões de Desempenho físico e emocional (score=100) Ao nível das outras dimensões teve valores razoáveis no funcionamento físico e social (score=75) e na saúde mental (score=70), é de referir que nesta ultima dimensão houve uma discrepância entre o questionário e o observado na entrevista onde o participante revelou bastante tristeza chegando mesmo a chorar. Os valores mais baixos foram ao nível da vitalidade (score=56.25), dor corporal (score = 51) e o valor mais baixo foi ao nível da saúde geral (score = 35). As barreiras referidas foram os preços desadequados, o ambiente físico e as limitações físicas ao nível da doença e incapacidade, da dor e dos efeitos da idade, ao passo que os facilitadores referidos eram o bom estado de saúde, os espaços sem barreiras arquitetónicas e o suporte social ao nível do suporte formal.

**O participante 7**, habitante na zona urbana com 75 anos, tem um nível de AF moderada (1053MET-min/semana), associada ao trabalho caseiro realizado duas vezes por semana durante 60 minutos e às caminhadas diárias de 30 minutos que realizava para se deslocar, passava em média 150 minutos sentado por dia. O entrevistado associou a definição de AF à saúde e bem-estar e como grandes benefícios o bem-estar, a saúde mental e o estado geral de saúde ao nível do sistema músculo-esquelético e da saúde e longevidade. Em termos de capacidade física sentiu alguma limitação (valor de 5), referindo a AF como sendo fundamental na sua vida (valor de 10). Ao nível da qualidade de vida as dimensões com valores mais elevados dizem respeito ao desempenho físico (score=100) e emocional (score=83.3). A um nível razoável tínhamos o funcionamento social (score=75) e a saúde mental (score=60). Com valores mais baixos tínhamos as dimensões vitalidade (score=50), funcionamento físico (score=40), dor corporal (score=31) e saúde geral (score=20). As barreiras referidas disseram respeito às limitações físicas ao nível da doença e incapacidade e ao tempo, ao passo que os facilitadores referidos foi o apoio formal ao nível dos profissionais de saúde e de AF.

Ao nível da zona urbana, **o participante 8** de 68 anos apresenta um nível de AF elevada (12853MET-min/semana) associado ao trabalho de jardim moderado (90 minutos nos dias de semana), ao trabalho caseiro (60 minutos nos dias de semana), às cainhadas associadas ao trabalho (150 minutos, 4x por semana), à AF moderada (300 minutos, 5x por semana) e vigorosa (50 minutos, 5x por semana) associada ao trabalho, às caminhadas como meio de deslocação (20 minutos, 6x por semana), às caminhadas realizadas por lazer (45 minutos, 2x por semana) e às AF moderadas (45 minutos, 2x

por semana) e vigorosas (45 minutos, 2x por semana) associadas ao lazer. A entrevistada associou a AF ao movimento, referindo como grandes benefícios o bem-estar e o estado geral de saúde associado à saúde e longevidade. Em termos de capacidade física sentiu alguma restrição (valor 5/6), dando uma importância razoável à AF na sua vida (valor 7). Ao nível da qualidade de vida todos os scores se encontravam entre os 80 e os 100, sendo que apenas a vitalidade (score=75) e saúde geral (score=72) tinham valores razoáveis. Ao nível das barreiras, as referidas foram a falta de suporte social, o tempo e as limitações físicas relacionadas com os efeitos da idade, ao nível dos facilitadores os referidos foram o ar livre, as experiências novas o apoio formal ao nível dos profissionais de AF e de saúde e o suporte social ao nível da companhia e iniciativas comunitárias.



## VI – Discussão

O presente estudo teve como objetivo identificar as barreiras e motivadores para a prática de AF em adultos portugueses acima dos 65 anos, procurando explorar especificidades nos contextos rural e urbano. Neste capítulo iremos realizar uma discussão dos resultados da qualidade de vida (SF-36), dos resultados do IPAQ e das EA, do conceito de AF, dos benefícios da AF, das preferências da AF e das barreiras e facilitadores da AF.

A caracterização dos participantes deste estudo relativamente à qualidade de vida, revelou níveis elevados quanto às dimensões do desempenho físico e emocional, em contraste com as dimensões da dor corporal, saúde geral, saúde mental e vitalidade, que apresentaram uma grande variação dos resultados.

Existe uma forte associação entre a AF e os seguintes domínios da qualidade de vida: capacidade funcional, qualidade de vida geral, autonomia, vitalidade e saúde mental. Esta evidência sugere que a promoção da AF no idoso pode ter um impacto além da capacidade funcional e saúde mental [77].

No presente estudo, no questionário SF-36, foi a população urbana que apresentou valores mais baixos na dimensão saúde mental, o que pode estar relacionado com um menor suporte social e um menor envolvimento desta população na comunidade. A existência de um maior suporte familiar é um importante fator na iniciação e manutenção do exercício regular [78].

Relativamente aos níveis de atividade física praticados pelos participantes, os resultados do IPAQ apontaram para níveis moderados e elevados de AF total. Quando questionados quanto ao nível de atividade física praticada, cinco entrevistados consideraram praticar um nível insuficiente de atividade física.

Os participantes referiram na sua maioria, que tinham capacidade de realizar AF, e deram importância à AF como parte integrante da sua vida. No entanto, grande parte referiu que não realizava AF suficiente, contrariando os resultados apresentados no IPAQ que referem níveis normais e elevados de AF. Isto poderá acontecer, pois na definição de AF proposta pelos indivíduos, apenas um referiu a AF como ocupação, estando esta associada mais a uma melhoria da saúde e bem-estar e como desporto e

movimento. Assim, muitas vezes as tarefas domésticas e as deslocações realizadas a pé não são percebidas como sendo parte da AF.

As tarefas domésticas e de jardinagem contribuíram em grande parte para um nível mais elevado de AF na região rural, o que é corroborado por Gobbi *et al.* que afirma que este tipo de tarefas faz parte das rotinas diárias nesta população [45]. Estudos recentes demonstram que incorporar AF nas rotinas diárias oferece os mesmos benefícios para a saúde que os de programas de AF estruturados [79].

Os sujeitos profissionalmente ativos apresentavam um total de AF superior à maioria dos indivíduos que se encontram reformados pois têm maior AF no seu dia-a-dia (Participante 5 total AF=19134 MET-min/semana e Participante 8 total AF= 12853 MET-min/semana) inerente às atividades laborais e às deslocações para o emprego. Há cada vez maior evidência que trabalhar após os 65 anos pode ter outros benefícios além do aumento da renda mensal. Um estudo de 2016 com cerca de 3.000 pessoas, publicado no Journal of Epidemiology and Community Health, sugeriu que trabalhar mais um ano além da idade reforma estava associado a um menor risco de 9% a 11% na mortalidade. Um outro estudo de 83.000 idosos com mais de 65 anos sugere que em comparação com pessoas que se reformaram, as pessoas que trabalharam com mais de 65 anos eram cerca de três vezes mais propensas a não ter sérios problemas de saúde, como cancro ou doença cardíaca [80].

Existe consenso atualmente sobre a importância de se diminuir o tempo na posição de sentado na população idosa, sobretudo porque os comportamentos sedentários têm uma tendência para aumentar [28]. Diversos estudos demonstram que existe uma redução das causas de mortalidade e um aumento da função física (força muscular, equilíbrio,...) quando os idosos estão na posição de sentado menos de 8 horas por dia [79]. No presente estudo verifica-se que na população urbana, o tempo passado sentado era bastante superior ao da população rural, apesar de apenas um participante passar mais de 8 horas na posição de sentado. Diversos estudos demonstram que períodos longos na posição de sentado estão associados a uma diminuição da saúde do indivíduo independentemente do nível geral de AF que possa realizar [28].

Vários estudos demonstram que na população sénior os níveis de AF normais são atingidos sobretudo devido às atividades ligeiras, havendo um aumento da inatividade e uma diminuição das atividades vigorosas, sendo que este comportamento é mais acentuado na população urbana [54]. Estes resultados vão ao encontro dos valores do

IPAQ aplicado, onde as atividades vigorosas apresentaram valores de 0 MET-min/semana, exceto nos participantes 5 e 8 que tinham uma ocupação profissional.

Os fatores referidos pelos entrevistados mostram na sua maioria, a AF como estando associada à saúde e bem-estar, o que leva a realçar a importância de ponderar as questões específicas de saúde aquando do envolvimento do indivíduo numa AF. Muitos participantes referiram a dor e a incapacidade como limitadores físicos, sendo que estas limitações podem ser diminuídas através de um programa de exercícios que possa ser integrado na rotina diária de cada indivíduo. O tratamento e a gestão da dor e a realização de programas individuais de exercício com auxílio especializado de um profissional ligado a esta área podem constituir um meio para ultrapassar a barreira da limitação física [9].

A saúde e o bem-estar foram apontados pela população entrevistada, como os principais benefícios da realização da AF, o que vai ao encontro dos dados portugueses, que referem que o motivo mais frequentemente referido pelos adultos para a prática desportiva e de AF é a melhoria da saúde (67%). [81, 82]

Muitos dos entrevistados referiram a melhoria do estado geral de saúde e bem-estar, como um dos grandes benefícios da AF. Esta sensação de melhoria pode ser um motivador essencial para o início de AF regular assim como da sua manutenção [83].

A melhoria da saúde mental foi também referida como um dos benefícios da AF. A ligação entre a AF e a depressão está bem documentada, sendo que indivíduos que sejam inativos têm três vezes mais probabilidades de terem uma depressão moderada ou severa [84]. Os efeitos positivos da AF continuada manifestam-se ao nível psicológico (satisfação com a vida). Existe evidência crescente de que a AF pode ajudar a manter as funções cognitivas e que possui um efeito preventivo sobre a depressão e a demência, as patologias do foro psiquiátrico mais comuns entre os mais idosos [38]. O envolvimento em atividades físicas, ajuda esta população a lidar com sentimentos negativos e aumentar a felicidade, tendo um papel fundamental no bem-estar dos indivíduos.

Os participantes neste estudo referiram as caminhadas e os desportos aquáticos como as AF que preferiam realizar. Isto vai de acordo com o referido no Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física, onde os portugueses acima dos 65 anos referem a caminhada como uma preferência significativa [7].

De uma maneira geral, a análise dos resultados mostra uma diversidade de barreiras e facilitadores a nível individual, interpessoal e ambiental o que se enquadra com o modelo sócio ecológico [86]. A população estudada refere como principais barreiras as limitações físicas, sobretudo referentes aos efeitos da idade, da dor, da doença e da incapacidade. Isto é concordante com os resultados apresentados no SF-36 onde as dimensões da Saúde Geral e da Dor Corporal foram aquelas onde os resultados foram inferiores. Num estudo realizado por Bethancour *et al.*, foi referido que as condições de saúde e efeitos da idade foram um tema de destaque entre o grupo estudo devido ao seu papel como barreira à AF [79].

A manutenção da independência física é de grande importância na população com mais de 65 anos [85]. No entanto a incapacidade física é per si uma grande barreira à realização de AF, bem referida pelos entrevistados, mesmo quando estes apresentam resultados elevados na dimensão do desempenho e funcionamento físico do questionário SF-36. A manutenção da capacidade física através de AF inserida num programa especializado de reabilitação ou manutenção, é fundamental na independência e autonomia individual [54].

A falta de motivação foi identificada como uma das principais barreiras à realização de AF tendo sido apontado por um terço das participantes, isto vai de encontro com os resultados do Programa nacional para a promoção da AF que refere que 26% da população adulta em Portugal aponta a falta de motivação como barreira [81]. Esta falta de motivação pode estar ligada a razões de autoeficácia. Os indivíduos com maior sentido de autoeficácia estão mais motivados, melhoram os seus níveis de AF e diminuem a possibilidade de desenvolverem doenças crónicas [87].

A motivação é uma barreira difícil de ultrapassar em pessoas que referem má saúde ou que tenham sintomas limitativos à AF. O desenvolvimento de intervenções ao nível da Saúde Pública que aumentem a autoeficácia e autogestão da sua Saúde podem ajudar a ultrapassar as barreiras sociais e pessoais.

De acordo com os dados do Programa Nacional para a Promoção da AF, 33% dos adultos referem a falta de tempo como a principal razão para não praticarem AF. Neste estudo a falta de tempo foi também referida como uma barreira, sobretudo na população urbana. As pessoas idosas com menos de 80 anos são muitas vezes cuidadores de algum membro da sua família e possuem ainda algum trabalho como complemento da reforma [41].

A população rural no atual estudo foi a única a referir barreiras pelo ambiente físico. Isto pode ser um reflexo da falta de serviços e de apoio existentes nestas comunidades para a realização da AF. O ambiente físico é um assunto que assume grande significância na população rural acima dos 65 anos e tem que ser considerada no desenvolvimento de programas para estas regiões.

O ambiente físico pode surgir como uma barreira, que tem sido mencionada em diversos estudos como sendo uma grande responsável da não realização de AF por parte da população. Um ambiente físico facilitador da AF, pode encorajar comportamentos mais ativos nos indivíduos [84]. A existência de maior número de locais ao ar livre, permite a promoção de AF nesses mesmos locais, sendo que tais atividades resultam numa experiência mais prazerosa e uma maior AF [88].

O suporte social é o facilitador da AF mais abordado pelos participantes, através da companhia, iniciativas comunitárias e de suporte formal (profissionais de saúde e profissionais de AF). De acordo com Bethancour *et al.*, diversos estudos referem que esta população deseja que os profissionais de saúde ofereçam mais informação sobre AF, sobre os diferentes tipos de AF, com um acompanhamento ou supervisão especializada da mesma e os ajudem a iniciar e a manter níveis de AF adequados, através da criação de rotinas e de objetivos e da observação regular dos seus progressos. Esta forma de suporte pode ter efeito num aumento da autoeficácia e na confiança para poder realizar AF [79].

Os facilitadores mais referidos dizem respeito ao apoio formal (sobretudo profissionais de saúde e AF), suporte social e espaços para a realização da AF. Os profissionais de saúde foram referidos como o maior suporte social, havendo uma forte ligação entre a realização da AF e o acompanhamento especializado da pessoa. Estes resultados são coincidentes com os de uma revisão sistemática realizada por Franco *et al.*, realizada numa população acima dos 60 anos sobre quais as barreiras e facilitadores na AF. Esta refere, nos 132 estudos envolvendo 5987 participantes, que os seis temas mais referidos foram: a influência social (interação entre os pares, dependência nas instruções de profissionais da área, encorajamento de outros), limitações físicas (dor, medo de queda e co morbilidades), estabelecimento de prioridades, dificuldades no acesso (barreiras ambientais, preço), benefícios da AF (força, equilíbrio, flexibilidade, autoconfiança, independência, melhoria da saúde geral e bem-estar) e a motivação [87].

Nas áreas rurais são poucos os profissionais de saúde existentes nestas populações e com pouca cultura na prevenção da doença e na manutenção da independência e autonomia nesta população [56]. Os profissionais de saúde têm um papel fundamental no aumento da participação dos indivíduos em práticas de AF, através da recomendação, como participantes e como instrutores.

As questões sociais são das razões mais importantes para o encorajamento da realização de AF em homens e mulher de meia-idade e idosos [60]. O suporte social é um importante determinante de saúde pois são vários os eventos ao longo da vida que têm impacto nesta população (reforma, doença, morte). Entender o impacto do suporte social nesta população leva a uma maior eficiência no desenvolvimento de programas de AF [89].

A OMS enfatiza a importância de o individuo ser um participante ativo na comunidade e de fazer parte de ambientes com estilo de vida saudáveis. (OMS, 2002) Intervenções que estimulem a inclusão social de idosos são altamente recomendadas, bem como atividades ao ar livre, pois é em casa que as pessoas passam a maior parte do seu tempo sedentário [88].

As populações e comunidades deveriam ter o poder de controlar os determinantes associados à saúde e envelhecimento, através de uma participação ativa no desenvolvimento de políticas e intervenções de forma a remover barreiras e providenciar motivação à realização da AF [3].

O papel dos espaços físicos na influência dos níveis de AF tem sido estudado por vários autores [90]. No presente estudo os participantes referiram os espaços formais como aqueles que mais facilitam a realização de AF (Ginásio, Piscina, Termas), o que vai ao encontro com outros estudos qualitativos feitos na área que demonstram que os espaços físicos são um importante facilitador na AF em idosos [91].

O acesso a locais propícios à AF e uma melhor arquitetura das habitações foram os temas mais referidos pelos participantes. Isto sugere que as autarquias locais deveriam ter em conta estes assuntos nas suas agendas [56].

Através dos resultados obtidos, infere-se que um programa de AF deverá ter em conta as questões da ruralidade e urbanidade, sobretudo no conhecimento e incentivo das atividades relacionadas com o jardim/quintal. Os programas devem ter como finalidade

a saúde e o bem-estar dos indivíduos e proporcionar uma variedade de atividades que sejam sobretudo viradas para caminhadas e exercícios no meio aquático. Estes resultados são coincidentes com estudos que demonstram que atividades sociais, ao ar livre e de lazer são mais prazerosas que atividades individuais em espaço fechado e relacionadas com o dia-a-dia [88].

O facto de a maioria dos participantes referir que a AF desempenha um papel fundamental tanto a nível físico como mental, proporciona uma oportunidade aos profissionais de saúde de oferecerem suporte a estes indivíduos. Estes profissionais encontram-se numa posição privilegiada para quebrar mitos envolventes à prática de AF e também para realizar o ensino de exercícios específicos para a melhoria do dia-a-dia desta população (treino equilíbrio, treino funcional,...), assim como criar e/ou referenciar para programas de exercício específicos de acordo com as necessidades de cada indivíduo [79].

## 1 - Limitações do estudo

A metodologia utilizada no presente estudo é de cariz exploratório, permitindo observar a temática e as dimensões a ela associadas, não possibilitando no entanto a generalização dos resultados obtidos. Os dados encontrados permitem uma visão específica da realidade portuguesa que poderá servir de ponte para novos trabalhos nesta área, com grandes contributos para a Saúde Pública.

Uma das limitações deste estudo é a sobrestimação, uma conhecida limitação do IPAQ que pode levar a que haja uma falsa sensação de existência de um elevado nível de AF observado nos participantes envolvidos.

Outra das limitações está associada à amostra rural, que por conveniência foi toda escolhida numa aldeia do concelho de Santa Comba Dão, o que pode levar a que os indivíduos tenham as mesmas crenças, níveis de educação e atitudes e por isso dificultar a transferibilidade dos resultados para outros contextos rurais portugueses.

Futuras investigações devem utilizar amostras representativas de todo o território nacional, englobando a população ativa independente e ainda a população institucionalizada, a não autónoma e/ou a dependente.





## VII - Conclusão

O sucesso na participação dos indivíduos em AF depende de diversos fatores, pelo que a construção de políticas e programas direcionados para esta área deverão ter em conta as características individuais da pessoa. Como a população nesta faixa etária está bastante recetiva ao apoio por parte dos profissionais de saúde [60], estes têm um papel determinante no objetivo da OMS de redução da inatividade física em 15% nesta população até ao ano de 2030 [6]

O estudo dos facilitadores e barreiras à AF revela-se fundamental para que todos os profissionais ligados à área de AF, sobretudo os de saúde, possam melhorar a sua intervenção, adequando-a melhor às necessidades individuais de cada pessoa. Os esforços para aumentar os níveis de AF requerem intervenções em diferentes níveis: individual, comunitário e ambiental.

A realização de programas de AF deverá ter como alvo as necessidades específicas dos idosos, independentemente de serem desenhados como classes, atividades ou exercícios individuais. Estes programas devem ter em conta as condições de saúde específicas dos indivíduos, assim como a promoção da literacia, de forma a esclarecer e a atrair esta população para um aumento da AF [89].

Com a mudança demográfica decorrente do envelhecimento, é de extrema importância que a população nesta faixa etária participe nalguma forma de AF diária, devendo existir um novo enfoque nas atividades diárias realizadas por esta população, para que se possa alcançar o objetivo de AF recomendado pela OMS. Uma nota positiva decorrente deste estudo é que todos os participantes realizavam a AF recomendada, sugerindo assim que as políticas de saúde pública dirigidas a esta população poderão estar a ter efeitos positivos.

Assim torna-se desejável que num primeiro passo se estimule esta população para realizar AF, oferecendo posteriormente programas e locais apropriados para a prática de AF, bem como apresentar programas diversificados que motivem a manutenção e estimulem a perceção dos múltiplos benefícios da prática de AF, de modo a possibilitar

ao participante um estilo de vida ativo. Os processos de mudança adequados deverão num estágio inicial passar pela consciencialização, sensibilização e incentivo à valorização para a prática de AF, com redução ou correção das barreiras, incentivando os facilitadores. [8].

Através dos resultados deste estudo, visiona-se que um programa de AF para ter sucesso, deverá ter em conta as diferenças inerentes às populações rurais e urbanas. Nas populações urbanas poderá ser incentivada a incorporação de tarefas ligadas ao tratar de um jardim/quintal de forma a aumentar os níveis de AF. Este objetivo poderá ser atingido com o incentivo às hortas comunitárias ou à promoção de jardins verticais nas habitações. Já na zona rural deve ser promovido maior número de locais, materiais e melhor acessibilidade para a prática da AF.

Os programas devem ter sobretudo como finalidade a saúde e bem-estar dos indivíduos, e proporcionar uma variedade de atividades que sejam constituídas por caminhadas e exercícios no meio aquático, o que vai ao encontro das preferências identificadas nesta amostra. Estes programas devem ter como objetivo a diminuição das limitações físicas, sobretudo as ligadas às doenças e incapacidades inerentes ao aumento da idade, sendo estes supervisionados e/ou acompanhados por profissionais da área de saúde, para uma maior facilitação ao início, manutenção e adesão a programas de AF.

Tendo em conta a importância da AF para a melhoria da qualidade de vida desta população e os ganhos em saúde que dela advêm, seria desejável explorar mais aprofundadamente a realidade nacional deste tema, tendo em conta os diversos fatores subjacentes à prática de AF e à sua população.

## VIII - Bibliografia

1. Department of Economic and Social Affairs: Population Division. World Population Ageing 2017 - Highlights [Internet]. 2017. 46 p. Available from: [http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017\\_Highlights.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017_Highlights.pdf)
2. Ministério da Saúde, Retrato da Saúde, Portugal. 2018. [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE\\_2018\\_compressed.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf)
3. WHO. . World report on ageing and health. Geneva, Switzerland: World Health Organization. 2015. Retrieved from <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/en/>
4. Dallmeyer S, Wicker P, Breuer C. How an aging society affects the economic costs of inactivity in Germany: empirical evidence and projections. *Eur Rev Aging Phys Act.* 2017;14(1):1–9.
5. British Heart Foundation National Centre. Physical activity for older adults (65+ years): Evidence Briefing. Physical Activity and Health, Loughborough University. 2012, [www.bhfactive.org.uk](http://www.bhfactive.org.uk);
6. World Health Organization. Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world. 2018. 104 p.
7. Lopes C, Torres D, Oliveira A, Severo M, Alarcão V, Guiomar S, et al. Inquérito Alimentar Nacional e de AF (IAN-AF 2015-2016). 2017;104.
8. Gobbi S, Caritá LP, Hirayama MS, Quadros Junior AC de, Santos RF, Gobbi LTB. Comportamento e barreiras. *Psicol Teor e Pesqui* [Internet]. 2008;24(4):451–8. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722008000400008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722008000400008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
9. Biedenweg K, Meischke H, Bohl A, Hammerback K, Williams B, Poe P, et al. Understanding older adults' motivators and barriers to participating in organized programs supporting exercise behaviors. *J Prim Prev.* 2014;35(1):1–11.
10. WHO. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. *World Heal Organ* [Internet]. 2013;102. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf).
11. Veiga, M. (2015). Legislação da União Europeia para o Envelhecimento. <http://www.europedirect-aveiro.aeva.eu/debatereuropa/images/n11/mveiga.pdf>
12. European Commission. Population ageing in Europe-Facts, implications and policies. Directorate-General for Research and Innovation. 2014. 1-76 p..
13. Tobergte DR, Curtis S. Malaysia Human Development Report 2013. Vol. 53, *Journal of Chemical Information and Modeling.* 2013. 1689-1699 p. INE (2014).
14. Crisp, L. et. Al. Um Futuro para a Saúde – Fundação Calouste Gulbenkian, 2014 , [https://content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2016/03/30003652/PGIS\\_BrochuraRelatorioCompletoHealthPortugues.pdf](https://content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2016/03/30003652/PGIS_BrochuraRelatorioCompletoHealthPortugues.pdf)
15. WHO. Active Ageing: A Policy Framework. *Aging Male* [Internet]. 2002;5(1):1–37. Available from: <http://www.informaworld.com/openurl?genre=article&doi=10.1080/713604647&magic=crossref%7C%7CD404A21C5BB053405B1A640AFFD44AE3>
16. Interministerial T. ESTRATÉGIA NACIONAL PARA O ENVELHECIMENTO ATIVO E Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial. 2017;

17. Sadana R, Blas E. What Can Public Health Programs Do to Improve Health Equity ? Public Health Rep. 2013;128(0):12–20.
18. Fernández-Ballesteros, R. (2009). Envejecimiento activo. Contribuciones de la Psicología. Madrid: Ediciones Pirámide;
19. WHO. Action on the social determinants of health: learning from previous experiences. Geneva: WHO; 2005
20. WHO. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. Copenhagen: WHO EU Region; 2012.
21. Wallace, S. P. (2012). Social determinants of health inequities and health care in older age. In T. R. Prohaska, L. A. Anderson, & R. H. Binstock (Eds.), Public health for an aging society. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
22. Grundy, E., van Campen, C., deeg, D., Dourgnon, P., Huisman, M., Ploubidis, G. & Tsimbos, C. (2013). Health inequalities and the health divide among older people in the WHO European Region: The European review on the social determinants of health and the health divide (Report of the Task Group on Older People). Copenhagen, Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe.
23. Craveiro D. Desigualdades sociais na saúde e envelhecimento: contributos teóricos e desafios empíricos. Saúde Sist Mediações e Comport [Internet]. 2012;(2012):13–28. Available from: <https://uminho.academia.edu/DanielaCraveiro/Papers>
24. Loureiro, I. & Miranda, N. (2016) Promover a saúde. 2º edn, Alameda
25. Martins JMB. Desigualdades Sociais em Saúde nos Idosos: Um retrato para Portugal. IX Curso Mestr em Gestão da Saúde [Internet]. 2015; Available from: <http://www.dst.uff.br//revista20-1-2008/1.pdf>
26. DGS. Nova ambição para a saúde pública focada em serviços locais. 2016<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/nova-ambicao-para-a-saude-publica-focada-em-servicos-locais-pdf.aspx>.
27. Peel, N., et al. Behavioral determinants of healthy aging. American Journal of Preventive Medicine , 2005. 28 (3) 298 - 304
28. Ekelund U, Steene-Johannessen J, Brown WJ, Fagerland MW, Owen N, Powell KE, et al. Does physical activity attenuate, or even eliminate, the detrimental association of sitting time with mortality? A harmonised meta-analysis of data from more than 1 million men and women. Lancet [Internet]. 2016;388(10051):1302–10. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30370-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30370-1)
29. Comissão Europeia - O futuro dos cuidados de saúde e dos cuidados para as pessoas idosas: garantir a acessibilidade, a qualidade e a viabilidade financeira. União Europeia: 2001. <https://forumsaudexxi.pt/downloads/legislacao-UE-1.pdf>
30. WHO. Global recommendations on physical activity for health. Geneva World Health Organization [Internet]. 2010;60. Available from: <http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Global+Recomendations+on+physical+activity+for+health#0>
31. WHO. Global brief for World Health Day 2012: Good Health adds life to years. Geneva: World Health Organization. 2012[http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO\\_DCO\\_WHD\\_2012.2\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO_DCO_WHD_2012.2_eng.pdf)

32. Huisman, M. et al. Educational inequalities in cause-specific mortality in middle-aged and older men and women in eight western European populations. 2005 *The Lancet*. 365:9458 493-500.
33. John W. Rowe, Robert L. Kahn; Successful Aging 2.0: Conceptual Expansions for the 21st Century, *The Journals of Gerontology: Series B*, Volume 70, Issue 4, 1 July 2015, Pages 593–596, <https://doi.org/10.1093/geronb/gbv025>
34. Woodcock J, Franco OH, Orsini N, Roberts I. 2011. Non-vigorous physical activity and all-cause mortality: systematic review and meta-analysis of cohort studies. *International Journal of Epidemiology* 40:121138 DOI 10.1093/ije/dyq104
35. Murtagh EM, Murphy MH, Murphy NM, Woods C, Nevill AM, Lane A. 2015a. Prevalence and correlates of physical inactivity in community-dwelling older adults in Ireland. *PLoS ONE* 10:e0118293 DOI 10.1371/journal.pone.0118293.
36. Das P, Horton R. Physical activity—time to take it seriously and regularly. *Lancet* [Internet]. 2016;388(10051):1254–5. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31070-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31070-4)
37. DGS. Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física, da Saúde e do Bem-Estar (ENPAF). Enpaf. 2016.
38. Instituto do Desporto de Portugal. Orientações Da União Europeia Para a Atividade Física. Políticas Recom para a Promoção da Saúde e do Bem-Estar. 2009;56.
39. Mendes R, Sousa N, Barata JLT. Physical activity and public health: recommendations for exercise prescription. *Acta Med Port* [Internet]. 2011;24:1025–30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22713198>
40. Mathews, et al. Older adults' perceived physical activity enablers and barriers: a multicultural perspective. *J Aging Phys Act*. 2010 Apr;18(2):119-40.
41. Baert V, Gorus E, Mets T, Geerts C, Bautmans I. Motivators and barriers for physical activity in the oldest old: A systematic review. *Ageing Res Rev* [Internet]. 2011;10(4):464–74. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.arr.2011.04.001>
42. Hardman A, Stensel D. 2009. Physical activity and health. The evidence explained. Oxon: Routledge.
43. European Commission. Special Eurobarometer 412. Sport and Physical Activity. [Internet]. 2014. Available from: [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_334\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_334_en.pdf)
44. Marques, A., Martins, J., Peralta, M., Catunda, R. and Nunes, L.S. European adults' physical activity socio-demographic correlates: A cross-sectional study from the European social survey', *PeerJ*, 4, p. e20662016. doi: 10.7717/peerj.2066.
45. Gobbi S, Sebastião E, Papini CB, Nakamura PM, Valdanha Netto A, Gobbi LTB, et al. Physical inactivity and related barriers: A study in a community dwelling of older brazilians. *J Aging Res*. 2012;2012.
46. Taylor D. Physical activity is medicine for older adults. *Postgrad Med J*. 2014;90(1059):26–32.
47. WHO. Global status report on noncommunicable diseases 2014. World Health. 2014;176.
48. Hallal PC, Andersen LB, Bull FC, Guthold R, Haskell W, Ekelund U. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *Lancet*. 2012;380(9838):247-57.

49. Direção-Geral da Saúde D. A Saúde dos Portugueses. Perspetiva 2015-2020. Direção-Geral da Saúde [Internet]. 2015;1–136. Available from: [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
50. Fan JX, Wen M, Kowaleski-Jones L. Rural–Urban Differences in Objective and Subjective Measures of Physical Activity: Findings From the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 2003–2006. *Prev Chronic Dis* [Internet]. 2014;11:140189. Available from: [http://www.cdc.gov/pcd/issues/2014/14\\_0189.htm](http://www.cdc.gov/pcd/issues/2014/14_0189.htm)
51. Ding D, Lawson KD, Kolbe-Alexander TL, Finkelstein EA, Katzmarzyk PT, van Mechelen W, et al. The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. *Lancet* [Internet]. 2016;388(10051):1311–24. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30383-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30383-X)
52. Wu, S., Deborah C., Yuyan S., Marjorie P. and Roland S. 2011. Economic Analysis of Physical Activity Interventions. *Am J Prev Med*. 2011 February; 40(2): 149–158. doi:10.1016/j.amepre.2010.10.029.
53. Vijay, GC., Wilson, E.C., Suhrcke, M., Hardeman, W. and Sutton, S. (2015b) 'Are brief interventions to increase physical activity cost-effective? A systematic review', *British Journal of Sports Medicine*, pp. bjsports–2015–094655. doi: 10.1136/bjsports-2015-094655.
54. Smith KL, Carr K, Wiseman A, Calhoun K, McNevin NH, Weir PL. Barriers are not the limiting factor to participation in physical activity in canadian seniors. *J Aging Res*. 2012;2012.
55. Gothe NP, Kendall BJ. Barriers, Motivations, and Preferences for Physical Activity Among Female African American Older Adults. *Gerontol Geriatr Med* [Internet]. 2016;2:233372141667739. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2333721416677399>
56. Boehm J, Franklin RC, Newitt R, Mcfarlane K, Grant T, Kurkowski B. Barriers and motivators to exercise for older adults: A focus on those living in rural and remote areas of Australia. *Aust J Rural Health*. 2013;21(3):141–9.
57. EDWARDS, P. P.; TSOUROS, A. D. - Promoting physical activity and active living in urban environments: the role of local governments: the solid facts. Copenhagen: Regional Office for Europe. World Health Organization, 2006.
58. Sallis JF, Owen N, Fotheringham MJ. Behavioral epidemiology: a systematic framework to classify phases of research on health promotion and disease prevention. *Ann Behav Med*. 2000;22(4):294-8.
59. Krug R de R, Lopes MA, Mazo GZ. Barreiras e facilitadores para a prática da atividade física de longevos inativas fisicamente. *Rev Bras Med do Esporte*. 2015;21(1):57–64.
60. Sjörs C, Bonn SE, Trolle Lagerros Y, Sjölander A, Bälter K. Perceived Reasons, Incentives, and Barriers to Physical Activity in Swedish Elderly Men. *Interact J Med Res* [Internet]. 2014;3(4):e15. Available from: <http://www.i-jmr.org/2014/4/e15/>
61. Bunn F, Dickinson A, Barnett-Page E, Mcinnes E, Horton K. A systematic review of older people's perceptions of facilitators and barriers to participation in falls-prevention interventions. *Ageing Soc*. 2008;28(4):449–72.
62. Moschny A, Platen P, Klaußen-Mielke R, Trampisch U, Hinrichs T. Barriers to physical activity in older adults in Germany: a cross-sectional study. *Int J Behav Nutr Phys Act* [Internet]. 2011;8:10p–10p. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=104609950&sit=ehost-live>

63. Cassou AC, Fermino RC, Santos MS, Rodriguez-Añez CR, Reis RS. Barreiras Par63. Cassou AC, Fermino RC, Santos MS, Rodriguez-Añez CR, Reis RS. Barreiras Para a Atividade Física Em Idosos: Uma Análise Por Grupos Focais. Rev da Educ Física/UEM [Internet]. 2008;19(3):353–60. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/RevEducFis/article/view/3675>
64. Bauman AE, Reis RS, Sallis JF, Wells JC, Loos RJ, Martin BW. 2012. Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? Lancet 380:258271 DOI 10.1016/S0140-6736(12)60735-1. DOI 10.1016/S0140-6736(12)60735-1.
65. Belanger M, Townsend N, Foster C. 2011. Age-related differences in physical activity profiles of English adults. Preventive Medicine 52:247249 DOI 10.1016/j.ypmed.2011.02.008.
66. Kamphuis CB, Van Lenthe FJ, Giskes K, Huisman M, Brug J, Mackenbach JP. 2009. Socioeconomic differences in lack of recreational walking among older adults: the role of neighbourhood and individual factors. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity 6:Article 1 DOI 10.1186/1479-5868-6-1.a a Atividade Física Em Idosos: Uma Análise Por Grupos Focais. Rev da Educ Física/UEM [Internet]. 2008;19(3):353–60. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/RevEducFis/article/view/3675>
67. Silverman, D. (2000). Doing qualitative research: A practical handbook. Thousand Oaks, CA: Sage.
68. Hallberg L. Quality criteria and generalization of results from qualitative studies. Int J Qual Stud Health Well-being. 2013;8(1).
69. Sandelowski, M. What's in a name? Qualitative description revisited. Res Nurs Health. 2010 Feb;33(1):77-84. doi: 10.1002/nur.20362.
70. Sullivan-Bolyai, S., Bova, C., & Harper, D. (2005). Developing and refining interventions in persons with health disparities: The use of qualitative description. Nursing Outlook, 2005. 53(3), 127\_133.
71. Folha informativa da RIBES, 53.
72. Rabacow FM, Gomes M, Marques P, Benedetti T. Questionário de Medidas de AF em Idosos. Rev Bras Cineantropometria e Desempenho Hum [Internet]. 2006;8(4):99–106.
73. Ipaq. Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire ( IPAQ ) – Short and Long Forms. Ipaq. 2005;(November):1–15.
74. Ware Jr, J.E., Kosinski, M. & Gandek, B. (2000). SF-36 health survey: manual & interpretation guide (2nd edition). Boston, Mass: Health Assessment Lab.
75. Ferreira PL. Criação da Versão Portuguesa do MOS SF - 36 Parte I - Adaptação Cultural e Linguística. Acta Med Port. 2000;13:55–66.
76. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Resreach Psychol. 2006;3(2):77–101.
77. Vagetti GC, Barbosa Filho VC, Moreira NB, Oliveira V de, Mazzardo O, Campos W de. Association between physical activity and quality of life in the elderly: a systematic review, 2000-2012. Rev Bras Psiquiatr [Internet]. 2014;36(1):76–88. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462014000100013&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462014000100013&lng=en&tlng=en)
78. Barnett I, Guell C, Ogilvie D. How do couples influence each other's physical activity behaviours in retirement? An exploratory qualitative study. BMC Public Health. 2013;13(1).

79. Bethancourt J. H, Rosenberg E. D, Beatty T, Arterburn E. D. Barriers to and Facilitators of Physical Activity Program Use Among Older Adults. Clin Med Res [Internet]. 2014;12(1/2):10–20. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=2012779676&site=ehost-live>
80. Wu C, Odden MC, Fisher GG, et al Association of retirement age with mortality: a population-based longitudinal study among older adults in the USA J Epidemiol Community Health Published Online First: 21 March 2016. doi: 10.1136/jech-2015-207097
81. Teixeira, Pedro, Rita Tomás RM. Programa Nacional Para a Promoção Da Atividade Física. 2016;1–16.
82. Costello E, Kafchinski M, Vrazel J, Sullivan P. Motivators, barriers, and beliefs regarding physical activity in an older adult population. J Geriatr Phys Ther 2011;34(3):138-147. [doi: 10.1519/JPT.0b013e31820e0e71] [Medline: 21937904]
83. Floegel TA, Giacobbi PR, Dzierzewski JM, Aiken-Morgan AT, Roberts B, McCrae CS, et al. Intervention markers of physical activity maintenance in older adults. Am J Health Behav. 2015;39(4):487–99.
84. Public Health England. Health matters: getting every adult active every day. Guidance [Internet]. 2016; Available from: <https://www.gov.uk/government/publications/health-matters-getting-every-adult-active-every-day/health-matters-getting-every-adult-active-every-day>
85. Caperchione CM, Vandelanotte C, Kolt GS, Duncan M, Ellison M, George E, et al. What a man wants: understanding the challenges and motivations to physical activity participation and healthy eating in middle-aged Australian men. Am J Mens Health 2012 Nov;6(6):453-461. [doi: 10.1177/1557988312444718] [Medline: 22516565]
86. Whitehead, M. & Dahlgren, G. (1991). What can be done about inequalities in health?. The Lancet, 338(8774), 1059-1063. [http://dx.doi.org/10.1016/0140-6736\(91\)91911-d](http://dx.doi.org/10.1016/0140-6736(91)91911-d)
87. Franco MR, Tong A, Howard K, Sherrington C, Ferreira PH, Pinto RZ, et al. Older people's perspectives on participation in physical activity: a systematic review and thematic synthesis of qualitative literature. Br J Sports Med 2015: 1-9. doi:10.1136/bjsports-2014-094015.
88. Cabrita M, Lousberg R, Tabak M, Hermens HJ, Vollenbroek-Hutten MMR. An exploratory study on the impact of daily activities on the pleasure and physical activity of older adults. Eur Rev Aging Phys Act [Internet]. 2017;14(1):1–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s11556-016-0170-2>
89. Smith KL, Carr K, Wiseman A, Calhoun K, McNevin NH, Weir PL. Barriers are not the limiting factor to participation in physical activity in canadian seniors. J Aging Res. 2012;2012.
90. Van Cauwenberg J, De Bourdeaudhuij I, De Meester F, Van Dyck D, Salmon J, et al. (2011) Relationship between the physical environment and physical activity in older adults: a systematic review. Health Place 17: 458-469.
91. Moran M, Van Cauwenberg J, Hercky-Linnewiel R, Cerin E, Deforche B, Plaut P. Understanding the relationships between the physical environment and physical activity in older adults: A systematic review of qualitative studies. Int J Behav Nutr Phys Act. 2014;11(1):1–12.



**Anexo I - Recomendações para a prescrição de exercício de várias organizações científicas (Mendes, R., et al, 2011)**

Organismo	Alvo	Tipo	Modo	Duração	Intensidade	Frequência Semanal
Organização Mundial de Saúde (2010) <sup>5</sup>	5-17 anos	Aeróbio	Educação Física, desportos, jogos recreativos	Mínimo 60 min	Moderada a vigorosa	Todos os dias
		Resistido				Mínimo 3 dias / semana
	18-64 anos	Aeróbio	Principais grupos musculares	Mínimo 150 min / semana	Moderada	Ao longo da semana
		Resistido		Mínimo 75 min / semana	Vigorosa	
	Mais de 65 anos	Aeróbio	Principais grupos musculares	Mínimo 150 min / semana	Moderada	Ao longo da semana
		Resistido		Mínimo 75 min / semana	Vigorosa	
		Equilíbrio				Mínimo 2 dias / semana Mínimo 3 dias / semana
American College of Sports Medicine e American Heart Association (2007) <sup>2</sup>	Adultos	Aeróbio	Ex. Marcha Rápida	Mínimo 30 min	Moderada	5 dias / semana
		Aeróbio	Ex. Jogging	Mínimo 20 min	Vigorosa	3 dias / semana
		Resistido	8 a 10 exercícios para os principais grupos musculares 8 a 12 repetições para cada exercício		8 a 12 RM	Mínimo 2 dias / semana (não consecutivos)
American Heart Association (2006) <sup>11</sup>	Crianças e Jovens	Aeróbio Resistido Flexibilidade Equilíbrio Agilidade Coordenação	Educação Física, Desporto Escolar e Actividades extra-curriculares	Mínimo 60 min		Todos os dias
American College of Sports Medicine (2009) <sup>9</sup>	Idosos	Aeróbio	Ex. Marcha, actividades aquáticas, bicicleta estacionária	Mínimo 30 min Mínimo 20 min	Moderada Vigorosa	5 dias / semana 3 dias / semana
		Resistido	8 a 10 exercícios para os principais grupos musculares 8 a 12 repetições para cada exercício		8 a 12 RM	Mínimo 2 dias / semana (não consecutivos)
		Flexibilidade				Mínimo 2 dias / semana
		Equilíbrio				

American College of Sports Medicine (2009) <sup>10</sup>	Prevenção do aumento de peso	Aeróbio		150 a 250 min / semana	Moderada	
	Perda de peso e prevenção da sua recuperação			> 250 min / semana	Moderada	
American College of Sports Medicine e American Diabetes Association (2010) <sup>8</sup>	Diabetes Tipo 2	Aeróbio	Ex. Marcha Rápida	150 min / semana	Moderada	Mínimo 3 dias / semana Não mais de 2 dias consecutivos sem AF
		Resistido	5 a 10 exercícios para os principais grupos musculares 3 a 4 séries de 8 a 15 repetições para cada exercício		50 a 80% de 1 RM	Mínimo 2 dias / semana (não consecutivos)
		Flexibilidade				
Australian Association for Exercise and Sport Science (2009) <sup>14</sup>	Hipertensão	Aeróbio	Ex. Marcha rápida	Mínimo 30 min	Moderada	5 dias / semana
			Ex. Jogging	Mínimo 20 min	Vigorosa	3 dias / semana
		Resistido	Uma série de 8 a 10 exercícios para os principais grupos musculares 8 a 12 repetições		8 a 12 RM	Mínimo 2 dias / semana (não consecutivos)
American Heart Association (2003) <sup>12</sup>	Doença Cardiovascular Aterosclerótica	Aeróbio	Ex. Marcha rápida	Mínimo 30 min	Moderada	Todos os dias
		Resistido	De forma complementar ao exercício aeróbio			
Australian Association for Exercise and Sport Science (2009) <sup>13</sup>	Cancro	Aeróbio	Grandes grupos musculares	Mínimo 20 min	Baixa a Moderada	3 a 5 dias por semana
		Resistido	6 a 10 exercícios dinâmicos para os principais grupos musculares; 1 a 4 séries por grupo muscular; 6 a 12 repetições		6 a 12 RM	1 a 3 dias por semana (não consecutivos)

Ex: exemplo; min: minutos; RM: repetições máximas; AF: actividade física

## **Anexo II – Guião entrevista semiestruturada**

ID Participante\_\_\_\_\_

Data da entrevista \_\_/\_\_/\_\_\_\_



**UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA**  
*Escola Nacional de Saúde Pública*

## Entrevista Semiestruturada

1. O que significa para si atividade física?
2. Na sua opinião, qual é a importância da prática de atividade física?
3. De 1 a 10, em que um é nada e 10 é muitíssimo, qual a importância da atividade física?
4. Na sua opinião, qual é a importância da prática de atividade física para a saúde?
5. Na sua opinião, até que ponto realiza atividade física suficiente para ter esses benefícios?
6. O que poderia ajudar a atingir esse objetivo?
7. No seu caso, quais são os benefícios que sente por praticar atividade física?/No seu caso, quais são os benefícios que poderia ter se praticasse atividade física?
8. O que o leva (levaria) a realizar atividade física?
9. Para si, quais são os principais obstáculos à prática de atividade física?
10. De 1 a 10, até que ponto se sente capaz de realizar atividade física?
11. Em termos de atividade física, o que gosta mais de realizar? / Quais os tipos de atividade que se imaginaria mais a realizar?
12. Gostava de receber ajuda para ser mais ativo? Se sim, qual?
13. Na sua opinião, qual o papel dos profissionais de saúde para ajudar as pessoas a ter uma vida mais ativa?
14. Na sua opinião, que outros profissionais serão importantes para apoiar as pessoas a terem uma vida mais ativa?

## **Anexo III – Questionário sociodemográfico**

# Questionário Geral

## Caracterização sociodemográfica

Sexo: \_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_ anos

Peso: \_\_\_\_ kg

Altura: \_\_\_\_ cm

Etnia (coloque uma cruz na opção que se adequa):

☐ Caucasiana

☐ Cigana

☐ Negra

☐ Asiática

☐ Outra (Qual)

Qual o país em que nasceu?

---

Qual é a sua nacionalidade?

---

Qual o concelho onde habita?

---

Estado Civil: (coloque uma cruz na opção que se adequa):

☐ Casado

☐ Viúvo

☐ Solteiro

☐ Separado/Divorciado

Qual a sua escolaridade? (coloque uma cruz na opção que se adequa):

☐ Não sabe ler/escrever

☐ 1º Ciclo do ensino básico

☐ 2º Ciclo do ensino básico

☐ Ensino secundário ou profissional

☐ Ensino universitário

Com quem vive? (coloque uma cruz na opção que se adequa):

☐ Sozinho

☐ Cônjuge

☐ Filhos

☐ Netos

☐ Irmãos

☐ Sobrinhos

☐ Outros

Número de Filhos: \_\_\_\_\_

Rendimento líquido mensal familiar (os seus rendimentos mais os dos que vivem consigo)? (coloque uma cruz na opção que se adequa):

☐ Inferior a 499€

☐ 500€ - 999€

☐ 1000€ - 1499€

☐ 1500€ – 1999€

☐ 2000€ - 2999€

☐ 3000€ ou superior

Alguma vez um médico lhe diagnosticou: (assinale as patologias diagnosticadas)

☐ Doença cardíaca (angina de peito, enfarte do miocárdio, arritmia, insuficiência cardíaca, etc.)

☐ Acidente vascular cerebral (AVC)

☐ Cancro (qualquer tipo de cancro)

☐ Diabetes tipo 1



- ☐ Diabetes tipo 2
- ☐ Hipotireoidismo
- ☐ Hipertireoidismo
- ☐ Hipertensão arterial
- ☐ Dislipidémia (alteração gorduras no sangue)
- ☐ Doença gastrointestinal
- ☐ Depressão
- ☐ Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
- ☐ Apneia do sono
- ☐ Artrite
- ☐ Osteoporose
- ☐ Doença renal
- ☐ Parkinson
- ☐ Outra. Qual? \_\_\_\_\_

Tem atualmente alguma doença que o obrigue a cuidados de saúde regulares (tratamentos, análises, consultas, etc. - coloque uma cruz na opção que se adequa):

☐ Não

☐ Sim

15.1 Se sim, qual(is)? \_\_\_\_\_

## **Anexo IV International Physical Activity Questionnaire**

## VERSÃO PORTUGUESA DO QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ACTIVIDADE FÍSICA (FORMA LONGA, MODELO AUTOADMINISTRATIVO E PERÍODO DE REFERÊNCIA DE UMA SEMANA HABITUAL).

Estamos interessados em conhecer os níveis de atividade física habitual dos Portugueses. As suas respostas vão ajudar-nos a compreender o quanto ativos somos. As questões referem-se ao tempo que despende na atividade física numa semana. Este questionário inclui questões acerca de atividades que faz no trabalho, para se deslocar de um lado para outro, atividades referentes à casa ou ao jardim e atividades que efetua no seu tempo livre para entretenimento, exercício ou desporto. As suas respostas são importantes. Por favor responda a todas as questões mesmo que não se considere uma pessoa ativa.

Obrigado pela sua participação,

Ao responder às seguintes questões considere o seguinte:

**Actividade física vigorosa** refere-se a atividades que requerem muito esforço físico e tornam a respiração muito mais intensa que o normal.

**Actividade física moderada** refere-se a atividades que requerem esforço físico moderado e torna a respiração um pouco mais intensa do que o normal.

## Secção 1 - Atividade física no trabalho

A primeira secção refere-se ao seu trabalho. Inclui trabalhos remunerados, trabalho agrícola, trabalho voluntário e outros trabalhos não remunerados que faça fora de casa.

Não inclua trabalhos não remunerados que possa fazer em sua casa, como limpezas da casa, cuidar do jardim, manutenção geral ou cuidar da família. Sobre estas tarefas irá encontrar outras questões na secção 3.

**1a** Tem, presentemente, um emprego ou algum trabalho não remunerado fora de casa?

\_\_\_ Sim

\_\_\_ Não (**Passe para a Secção 2: Transportes**)

As seguintes questões referem-se a toda a atividade física que faz durante uma semana como parte do seu trabalho remunerado ou não remunerado.

Não inclui viagem de ida e volta para o emprego. Pense apenas nas atividades físicas que faz **no mínimo 10 minutos seguidos**.

**1b** Habitualmente, por semana, quantos dias faz atividade física **vigorosa**, como levantar e/ou transportar objetos pesados, cavar ou subir escadas, como parte do seu emprego?

\_\_\_ Dias por semana

\_\_\_ Nenhum (**passe para a questão 1d**)

**1c** Habitualmente quanto tempo despende num desses dias a fazer atividade física vigorosa no seu emprego?

\_\_\_ Horas \_\_\_ minutos

**1d** Normalmente, por semana, quantos dias faz atividade física **moderada**, como levantar e/ou transportar cargas leves, no seu emprego?

\_\_\_ Dias por semana

\_\_\_ Nenhum (**passe para a questão 1f**)

**1e** Quanto tempo despende num desses dias a fazer atividade física moderada no seu emprego?

\_\_\_ Horas \_\_\_\_\_ minutos

**1f** Habitualmente, por semana, quantos dias **caminha** pelo menos 10 minutos seguidos no seu emprego? Por favor **não** considere as viagens de ida e volta para o emprego.

\_\_\_ dias por semana

\_\_\_ Nenhum (**passa para a secção 2: Transportes**)

**1g** Normalmente quanto tempo despende num desses dias a caminhar no seu emprego?

\_\_\_ Horas \_\_\_ minutos

**1h** Quando caminha no seu emprego, qual o passo normalmente utilizado? Caminha com:

\_\_\_ Passo **vigoroso**

\_\_\_ Passo **moderado**

\_\_\_ Passo **lento**

## **Secção 2: Atividade física como meio de deslocação/ Transportes**

Estas questões referem-se ao modo como usualmente se desloca de um lugar para outro, incluindo emprego, lojas, cinema, etc.

**2a** Normalmente, por semana, quantos dias viaja num veículo a motor como o comboio, o autocarro, o carro ou elétrico?

\_\_\_ Dias por semana

\_\_\_ Nenhum (**passa para a questão 2c**)

**2b** Quanto tempo despende num desses dias a viajar de carro, autocarro, comboio ou outro tipo de transporte motorizado?

\_\_\_ Horas \_\_\_ minutos

Agora considere **apenas** as deslocações de bicicleta ou a pé que poderia fazer para se deslocar para o trabalho e para casa, para fazer compras, ou para se deslocar de um lugar para outro.

**2c** Normalmente, por semana, quantos dias anda, pelo menos 10 minutos, de bicicleta para se deslocar de um lugar para outro?

\_\_\_ Dias por semana

\_\_\_ Nenhum (**passe para a questão 2f**)

**2d** Quanto tempo despende por dia a deslocar-se de bicicleta de um lugar para o outro?

\_\_\_ Horas \_\_\_ minutos

**2e** Quando anda de bicicleta, a que velocidade normalmente se desloca?

\_\_\_ Velocidade **rápida**

\_\_\_ Velocidade **moderada** ou

\_\_\_ Velocidade **lenta**

**2f** Normalmente, por semana, quantos dias caminha, durante pelo menos 10 minutos, para se deslocar de um lugar para outro?

\_\_\_ Dias por semana

\_\_\_ Nenhum (**passe para Secção 3: Trabalho Doméstico, Manutenção Geral e Cuidar da Família**)

**2g** Quanto tempo despende por dia a caminhar de um lugar para outro?

\_\_\_ Horas \_\_\_ minutos

**2h** Quando se desloca a pé de um lugar para outro qual o passo normalmente utilizado?

\_\_\_ Passo **vigoroso**

\_\_\_ Passo **moderado** ou

\_\_\_ Passo **lento**

## Secção 3: Trabalho doméstico, Manutenção Geral e Cuidar da Família

Esta secção refere-se a algumas das atividades físicas que pode fazer numa semana em casa, por exemplo, as limpezas, jardinagem, trabalhos gerais de manutenção ou cuidar da família. Mais uma vez, considere apenas as atividades físicas que **faça pelo menos durante 10 minutos seguidos**.

**3a** Normalmente, por semana, quantos dias faz atividade física **vigorosa**, como levantar e/ou transportar objetos pesados, cortar madeira, limpar neve ou cavar no jardim/quintal.

\_\_\_ Dias por semana

\_\_\_ Nenhum (**Passe para a questão 3c**)

**3b** Quanto tempo despende por dia a fazer atividade física **vigorosa** no jardim/quintal?

\_\_\_ Horas \_\_\_ minutos

**3c** Normalmente, por semana, quantos dias faz atividade física **moderada**, como levantar e/ou transportar objetos leves, limpar/lavar janelas, varrer ou podar o jardim/quintal?

\_\_\_ Dias por semana

\_\_\_ Nenhum (**passe para a questão 3e**)

**3d** Normalmente, quanto tempo despende por dia a fazer atividade física **moderada** no seu jardim/quintal?

\_\_\_ Horas \_\_\_ minutos

**3e** Normalmente, por semana, quantos dias faz atividade física **moderada** como levantar e/ou objetos leves, limpar/lavar janelas, esfregar/limpar o chão e varrer dentro de sua casa?

\_\_\_ Dias por semana

\_\_\_ Nenhum (**passe para a secção 4: Atividades Físicas de Recreação,**

**Desporto e e Tempos Livres**)

**3f** Quanto tempo despende por dia a fazer atividade física **moderada** dentro de sua casa?

\_\_\_ Horas \_\_\_ minutos

## Secção 4: Atividades Físicas e Desportivas de Recreação e Tempos Livres

Esta secção refere-se a toda a atividade física e desportiva que efetua no seu tempo livre para recreação numa semana. Mais uma vez, considere apenas a **atividade que faz durante pelo menos 10 minutos seguidos**.  
Por favor NÃO inclua qualquer atividade que já tenha mencionado.

**4a Não considerando qualquer tipo de caminhada que já tenha referido**, normalmente, por semana, quantos dias anda durante pelo menos 10 minutos seguidos no seu tempo livre/lazer?

\_\_\_ Dias por semana

\_\_\_ Nenhum (**passe para a questão 4d**)

**4b** Quanto tempo despende normalmente por dia a andar no seu tempo livre/ lazer?

\_\_\_ Horas \_\_\_ minutos

**4c** Quando anda nos seus tempos livres, a que intensidade normalmente o faz?

\_\_\_ Passo **vigoroso**

\_\_\_ Passo **moderado** ou

\_\_\_ Passo **lento**

**4d** Normalmente, por semana, quantos dias nos seus tempos livres faz atividade física **vigorosa** como ginástica aeróbica, corrida, bicicleta, natação?

\_\_\_ Dias por semana

\_\_\_ Nenhum (**passe para a questão 4f**)

**4e** Normalmente, nos seus tempos livres, quanto tempo despende a fazer atividade física **vigorosa**?

\_\_\_ horas \_\_\_ minutos

**4f** Normalmente, por semana, quantos dias nos seus tempos livres faz atividade física **moderada** como andar de bicicleta a uma velocidade moderada, nadar e jogar ténis?

\_\_\_ Dias por semana

\_\_\_ Nenhum (**passe para a Secção 5: Tempo sentado**)



**4g** Quanto tempo costuma despende por dia a fazer atividade física moderada nos seus tempos livres/lazer?

\_\_\_\_ Horas \_\_\_\_ minutos

## Secção 5: Tempo sentado

As últimas questões referem-se ao tempo em que está sentado por dia enquanto trabalha, está em casa, faz o percurso para o emprego e durante os tempos livres. Também pode ser incluído o tempo sentado numa secretária, a visitar amigos, a ler ou a ver televisão.

Não inclua o tempo sentado num veículo a motor que já tenha mencionado.

5a Quanto tempo costuma estar sentado num **dia de semana**?

\_\_\_\_ Horas \_\_\_\_ minutos

5b Quanto tempo costuma estar sentado num **dia de fim-de-semana**?

\_\_\_\_ Horas \_\_\_\_ minutos

## **Anexo V – Questionário SF-36v2**

# **QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE (SF-36v2)**

**INSTRUÇÕES:** As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

Para as perguntas 1 e 2, por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Óptima	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
1	2	3	4	5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:

Muito melhor	Com algumas melhoras	Aproximadamente igual	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)

	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
a. Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes ....	1	2	3
b. Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa.....	1	2	3
c. Levantar ou pegar nas compras de mercearia....	1	2	3
d. Subir vários lances de escada.....	1	2	3
e. Subir um lance de escadas.....	1	2	3
f. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se.....	1	2	3
g. Andar mais de 1 km.....	1	2	3
h. Andar várias centenas de metros.....	1	2	3
i. Andar uma centena de metros.....	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se sozinho/a.....	1	2	3

Copyright © 1992, New England Medical Center Hospitals, Inc. All rights reserved.  
Copyright © 1997, Versão Portuguesa 2 Centro de Estudos e Investigação em Saúde. Todos os direitos reservados.

4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades.....	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria? .....	1	2	3	4	5
c. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades.....	1	2	3	4	5
d. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço).....	1	2	3	4	5

5. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades.....	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria? .....	1	2	3	4	5
c. Executou o seu trabalho ou outras actividades menos cuidadosamente do que era costume.....	1	2	3	4	5

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8, por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

Nenhumas	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
1	2	3	4	5	6

8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.

Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu.

Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Se sentiu cheio/a de vitalidade? .....	1	2	3	4	5
b. Se sentiu muito nervoso/a? .....	1	2	3	4	5
c. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava? .....	1	2	3	4	5
d. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a? .....	1	2	3	4	5
e. Se sentiu com muita energia? .....	1	2	3	4	5
f. Se sentiu deprimido/a? .....	1	2	3	4	5
g. Se sentiu estafado/a? .....	1	2	3	4	5
h. Se sentiu feliz? .....	1	2	3	4	5
L. Se sentiu cansado/a? .....	1	2	3	4	5

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
1	2	3	4	5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações. Ponha um círculo para cada linha.

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a. Parece que adoço mais facilmente do que os outros.....	1	2	3	4	5
b. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa .....	1	2	3	4	5
c. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar.....	1	2	3	4	5
d. A minha saúde é ótima.....	1	2	3	4	5

MUITO OBRIGADO!

Data: .....  
Código: .....

## **Anexo VI - Formulário de consentimento informado**

## **Investigação no âmbito do Mestrado em Saúde Pública**

No âmbito do Curso de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, o aluno João Frederico Pinto está a desenvolver um trabalho intitulado “Atividade Física na População Sénior Portuguesa – Barreiras, Motivações e Facilitadores”, para o qual gostaria de o convidar a participar

### **Quais são os objetivos deste estudo?**

Este estudo está a ser desenvolvido com o objetivo de clarificar sobre fatores relacionados com a prática de atividade física em indivíduos com idades superiores a 65 anos. Este projeto irá decorrer durante o ano letivo 2017/2018.

### **Quem é o investigador?**

Este projeto de investigação vai ser realizado pelo mestrando João Frederico de Amorim Gonçalves Monteiro Pinto e orientado pela Professora Doutora Ana Rita Góis da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova.

### **Como serão recolhidos os dados?**

As informações serão recolhidas através de um questionário e de uma entrevista que será gravada para permitir uma melhor compreensão dos dados obtidos. Os questionários poderão ser preenchidos pelo participante ou com o auxílio do investigador no caso de dificuldades no preenchimento da mesma.

### **Sou obrigado a participar?**

A participação é voluntária, mas é muito importante ter o contributo de todos, de forma a obter o maior conjunto de dados possíveis.

### **Quem é que tem acesso aos dados?**

Cada questionário terá um código de identificação que apenas será conhecido pela equipa de investigação. A informação recolhida é absolutamente confidencial, não sendo incluídos dados de identificação no tratamento de dados



Eu,

\_\_\_\_\_  
declaro que li as informações acima, entendi o objetivo deste trabalho, compreendo os  
benefícios do mesmo para o conhecimento científico e aceito participar.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

## **Anexo VII - MAXQDA 2018 Segmentos codificados**

Nome do documento	Código	Segmento	Grupo do documento
Entrevista 1_R	Barreiras\Aumento da idade	isso já da idade, vai diminuído com a idade mas sinto-me perfeitamente à altura de fazer todos esses exercícios	Rural
Entrevista 2_R	Barreiras\Aumento da idade	Na nossa idade também já não há... muito a fazer, do esforço, quer dizer	Rural
Entrevista 3_R	Barreiras\Aumento da idade	O ser mais ativo aos 82 anos... não é muito, como é que eu hei-de dizer... não encontra certamente muitas pessoas que realizem exercício físico aos 82 anos	Rural
Entrev8_U	Barreiras\Aumento da idade	e que também já não tenho muito tempo para fazer... já estou limitada, agora é a descer.	Urbano
Entrev8_U	Barreiras\Aumento da idade	Não digo sem limites, antes jogava ténis e agora atiro bolas à parede, não faço jogo completo... porque é ao ar livre, enfim acho que já não tenho idade para isso, para esse esforço...	Urbano
Entrev9_U	Barreiras\Cuidados da família	u julgo que realmente se tivesse possibilidades, dentro das minhas possibilidades faço muito mais, infelizmente pelos motivos que estou a passar não posso fazer essa atividade	Urbano
Entrevista 3_R	Barreiras\Dor	nesta situação fazer exercício é doloroso, como se compreende haveria necessidade e eu tento fazer mas não é tão fácil como parece, é mais fácil fazer exercício físico se a pessoa portanto, não tiver coisas que a limitem	Rural
Entrevista 3_R	Barreiras\Dor	Era livrar-me das dores, como disse.	Rural
Entrevista 4_R	Barreiras\Dor	se calhar era não ter dores, porque se agente por ex vai a caminhar e cheia de dores, e eu falo por mim, não me dói as pernas, mas às vezes tenho picadas nos pés por baixo. Andando muito tempo, tenho picadas, picadas, picadas, picadas nos pés, mas isso ainda suporto, o que me custa é a cervical, eu até ponho uma coleira que tenho, mas isso não resolve tudo.	Rural
Entrevista 6_R	Barreiras\Dor	Quando faço uma caminhada... à noite ficam-me a doer as pernas.	Rural
Entrevista 3_R	Barreiras\Espaços desadequados	Se uma pessoa viver num edifício com escada, com vários vãos de escada, penso que isso será uma dificuldade.	Rural
Entrevista 4_R	Barreiras\Espaços desadequados	Quem não tem uma casa... nós temos uma casa fora daqui com vinte degraus e a pessoa não pode subir, é complicado. Nem elevador tem, foi feito no tempo da maria cachucha. A casa tinha 4 pisos e não tinha elevador, só aqueles que	Rural

		tinham 5 e 6 e 7 andares é que tinham elevador.	
Entrevista 6_R	Barreiras\Espaços desadequados	Um dos obstáculos, portanto... se andar numa estrada vou andando e tal... se for andar num terreno como aqui no quintal, já qualquer coisa me faz cair. Se esbarrar num pauzito ou numa erva, pronto.	Rural
Entrevista 2_R	Barreiras\Falta de apoio especializado	E qual é que acha que é o papel dos profissionais de saúde na realização da AF? Portanto os médicos, os enfermeiros, os fisioterapeutas, os nutricionistas, psicólogos, etc 2 – É preciso que eles também sejam atenciosos, que sejam pessoas, como é que e diz, pessoas amáveis, porque se estiverem assim muito trombudos, muito mal dispostos, também não agrada muito.	Rural
Entrev10_U	Barreiras\Falta de saúde	Isso, só se eu tiver saúde E: Se tivesse saúde conseguia fazer mais atividade física. Acha que não haveria mais nada que a pudesse ajudar? 10: Não sei se haveria alguma coisa	Urbano
Entrev10_U	Barreiras\Falta de saúde	é não ter saúde	Urbano
Entrev8_U	Barreiras\Falta de suporte social	às vezes tenho que me impor a mim própria porque não tenho acompanhante e as minhas companheiras de idade... aquilo para sair é um caso sério e muitas vezes vou sozinha e se tivesse num grupo organizado, assim à minha medida ... não posso andar com adolescentes mas....	Urbano
Entrev9_U	Barreiras\Falta de suporte social	Ajudar... se calhar estou a queixar-me hoje de alguns problemas que se calhar se realmente tivesse essa possibilidade de ajuda	Urbano
Entrevista 1_R	Barreiras\Falta material adequado	se quisesse realizar mais AF, quais é que são os principais obstáculos que sente... 1 – Possivelmente por também não ter certos e determinados aparelhos que nos deem essa possibilidade de as fazer,	Rural
Entrev5_R	Barreiras\Falta material adequado	Jardins com coiso para fazer... E: Com as máquinas... 5: As máquinas e isso tudo	Rural
Entrevista 3_R	Barreiras\Falta motivação	a AF penso eu, não é uma coisa que se faça, penso eu, de uma forma muito frequente, porque as pessoas não se motivam para isso em primeiro lugar	Rural
Entrevista 3_R	Barreiras\Falta motivação	até por uma questão de comodismo, evita.	Rural
Entrevista 3_R	Barreiras\Falta motivação	também não me disponho muito a fazer.	Rural

Entrevista 4_R	Barreiras\Falta motivação	ao que parece não estou motivada	Rural
Entrev11_U	Barreiras\Falta motivação	11: Talvez mais disponibilidade, não é bem disponibilidade, mais vontade	Urbano
Entrev11_U	Barreiras\Falta motivação	Os obstáculos, acho que é mais a preguiça	Urbano
Entrev12_U	Barreiras\Falta motivação	mas depois deixei de fazer e agora tenho muita preguiça.	Urbano
Entrev12_U	Barreiras\Falta motivação	Força de vontade	Urbano
Entrev12_U	Barreiras\Falta motivação	Preguiça, alguma depressão, alguma falta de energia interior	Urbano
Entrevista 2_R	Barreiras\Incapacidade para exercício	Há uma coisa na hidroginástica que eu tenho pena de não saber nadar, mas é difícil agora nesta idade, aprender a nadar. Se ficar no meio da água é difícil levantar.	Rural
Entrevista 7_U	Barreiras\Incapacidade para exercício	aquela parte das escadas, e depois pendurar-me, isso eu não podia fazer, porque o meu organismo, o meu corpo não dá para isso.	Urbano
Entrevista 1_R	Barreiras\Limitação de espaços	eu sei que quando há um interregno da hidroginástica aí de um mês, um mês e qualquer coisa, podíamos ir para as piscinas ao ar livre, que eu não utilizo, por ser a água um pouco fria, mas que quando isso falha, eu noto que a AF, por exemplo no caso da hidroginástica, faz falta durante esses dois meses.	Rural
Entrevista 2_R	Barreiras\Limitação de espaços	Se tivéssemos locais de fazer desporto mais próximo, era motivo de fazer mais exercício mais proveitoso.	Rural
Entrev5_R	Barreiras\Limitação de espaços	Nestes meios aqui somos parques a ter disponíveis os espaços e outras coisas não é	Rural
Entrev5_R	Barreiras\Limitação de espaços	Quais são os principais obstáculos para não fazer a atividade física que acha que deveria fazer... 5: Se tivesse à mão para fazer eu iria, ... talvez não fosse assiduamente mas iria	Rural
Entrevista 1_R	Barreiras\Limitações Físicas	E quais é que são para si os principais obstáculos à realização de AF? Ou não sente nenhuma? 1 – No caso da AF evidentemente, deve haver alguns que eu não faço, porque eu também não sei adotar possivelmente	Rural
Entrevista 2_R	Barreiras\Limitações Físicas	não se pode estar a esforçar muito a nossa mobilidade.	Rural
Entrevista 3_R	Barreiras\Limitações Físicas	Se a pessoa é doente, se calhar até qualquer tipo de doença limita, mas aquela que está ligada aos ossos e ao movimento do corpo em geral, naturalmente é muito mais limitadora dessa vontade de fazer exercício.	Rural

Entrevista 3_R	Barreiras\Limitações Físicas	Eu por força destes problemas que eu tive, tive algum tempo acamado e apetecia-me frequentemente ir para a cama e passava muito tempo na cama. (choro). Desculpem. E – Então o que fez melhorar foi sair da cama? Voltar a ser ativo? 3 – E houve uma atrofia muscular.	Rural
Entrevista 3_R	Barreiras\Limitações Físicas	Eu só considero que me faz bem o exercício físico, no entanto como tenho algumas limitações	Rural
Entrevista 4_R	Barreiras\Limitações Físicas	ou falta-me já talvez, sei lá, sensibilidade, mal-estar do pescoço, das hérnias que tenho, ou das pernas parece que já desgastam, porque eu ando muito curva... eu como não posso andar com a cabeça de pé, com o pescoço direito, ando muito dobrada.	Rural
Entrevista 4_R	Barreiras\Limitações Físicas	Ultimamente nós deixámos de ir lá para São Pedro do Sul, porque o meu marido já não podia fazer piscina, por causa da máquina. Só fazia... aquelas banheiras... tanques, mas já nem com bolhas de ar, por causa da máquina, e deixámos de ir para lá, e eu deixei de fazer e piorei da cervical.	Rural
Entrev5_R	Barreiras\Limitações Físicas	Não faço derivado a ... que não tenho... à qualidade de portanto derivado à operação que fiz à pouco tempo	Rural
Entrevista 6_R	Barreiras\Limitações Físicas	Claro, se for para um pinhal, já tenho de pegar num pau para ir encostado.	Rural
Entrevista 7_U	Barreiras\Limitações Físicas	A minha capacidade é limitada, só mesmo no ginásio é que eu vou fazendo, porque a fisioterapia é que convém-me fazer e faço, mas agora a piscina, eu não sei nadar e eu tenho a bronquite asmática, quando a água vem cá para cima, eu fico sem poder respirar, e é por isso que eu não faço mais AF.	Urbano
Entrev9_U	Barreiras\Limitações Físicas	Agora neste momento com certeza que há movimentos que não conseguiria fazer com esta idade. Dentro das possibilidades... andar mais depressa ou fazer qualquer outro movimento, desde o momento em que eu me sentir bem não até onde poderia chegar, desde que chegasse, quando chego ao ponto em que a pessoa já não se sente bem, tenho que parar.	Urbano
Entrev9_U	Barreiras\Limitações Físicas	Com certeza que gostava de dar umas corridas, hoje já não posso assim correr. Gostava de ir assim para a serra pendurar me naquelas coisas... estou mais limitado nessa situação	Urbano
Entrevista 3_R	Barreiras\Não ter prazer	Se a AF desse prazer, eu gostaria de fazer AF.	Rural

Entrevista 3_R	Barreiras\Preços desadequados	A pessoa para ir para uma piscina tem de pagar 200 ou 300 euros para fazer 20 tratamentos de piscina e nem toda a gente pode pagar 200 ou 300 euros com alguma frequência, porque se fizer uma vez e estiver o resto ano sem fazer, volta à mesma.	Rural
Entrevista 2_R	Barreiras\Tempo	Porque há outros trabalhos que também ocupam o tempo, na cultura, também não há tanta disponibilidade.	Rural
Entrevista 7_U	Barreiras\Tempo	Talvez ter mais disponibilidade	Urbano
Entrev8_U	Barreiras\Tempo	Gostava de mais de facto, tinha capacidade para mais, não tenho é horário pra isso	Urbano
Entrev8_U	Barreiras\Tempo	A reforma E: Bem respondido... 8: Eu quando me reformar vou ser uma velhinha imparável	Urbano
Entrev8_U	Barreiras\Tempo	é tempo	Urbano
Entrev9_U	Barreiras\Tempo	Era ter mais tempo disponível para realmente ... o meu problema realmente é não ter o tempo para realizar mais atividade física	Urbano
Entrev9_U	Barreiras\Tempo	É mesmo a questão do tempo	Urbano
Entrevista 2_R	Capacidade realizar AF	Um médio, um 5.	Rural
Entrevista 3_R	Capacidade realizar AF	Meio por meio, cinco	Rural
Entrevista 6_R	Capacidade realizar AF	É metade, praí um 5.	Rural
Entrevista 7_U	Capacidade realizar AF	Isso é no meio... um 5.	Urbano
Entrev9_U	Capacidade realizar AF	Sei lá, aí um 5	Urbano
Entrev10_U	Capacidade realizar AF\Insuficiente	Não m sinto já', talvez um 1... que é para não dizer 0	Urbano
Entrevista 1_R	Capacidade realizar AF\Suficiente	até que ponto se sente capaz de realizar AF? 1 – Para aí um 7/8.	Rural
Entrevista 4_R	Capacidade realizar AF\Suficiente	É um 10.	Rural
Entrev5_R	Capacidade realizar AF\Suficiente	Aí um 7	Rural
Entrev8_U	Capacidade realizar AF\Suficiente	um 6... 5/6	Urbano
Entrev11_U	Capacidade realizar AF\Suficiente	8	Urbano
Entrev12_U	Capacidade realizar AF\Suficiente	Isso eu acho que sou capaz, portanto de 1 a 10, um 9	Urbano
Entrevista 3_R	Definição AF\Bem-estar	é uma atividade que digamos lúdica, talvez ou meio lúdica, vá.	Rural
Entrev5_R	Definição AF\Bem-estar	É necessária, é boa, e...e... devia fazer	Rural
Entrev5_R	Definição AF\Bem-estar	Que é boa...é boa...	Rural
Entrev5_R	Definição AF\Bem-estar	É para o bem pessoal da pessoa ... e então para me sentir melhor	Rural
Entrevista 4_R	Definição AF\Movimento	A AF, penso eu que é fazer natação, correr, isso é que é uma AF, porque eu trabalhar no meu quintal, já faço esforço, já não é AF. Já tem outro nome	Rural

Entrev8_U	Definição AF\Movimento	É movimento, é sempre movimento... constante... é isso	Urbano
Entrev9_U	Definição AF\Movimento	Para mim a atividade física é pronto, praticar... andar, praticar qualquer desporto mínimo... como é que eu hei-de dizer ... correr um bocadinho , mexer um bocadinho... para mim aquilo que eu realmente poderia, possa fazer neste momento	Urbano
Entrev10_U	Definição AF\Movimento	é uma pessoa mexer-se e uma pessoa andar de um lado para o outro e conseguir fazer as coisas todas	Urbano
Entrev11_U	Definição AF\Movimento	São várias coisas, como fazer desporto, natação, andar de bicicleta, caçar, que era uma coisa que eu fazia mais do que faço hoje em dia. Considero isso tudo como sendo atividade física. Nadar na praia também, gosto de praia, gosto de fazer natação	Urbano
Entrev12_U	Definição AF\Movimento	A atividade física será fazer ginástica, fazer hidroginástica, andar por andar, sem ser só por fazer coisas	Urbano
Entrevista 2_R	Definição AF\Promotor de Saúde	A AF é tentar que a saúde se mantenha.	Rural
Entrevista 3_R	Definição AF\Promotor de Saúde	A AF é aquela que resulta da disposição de fazer atividade no sentido de beneficiar fisicamente, não é propriamente..	Rural
Entrev5_R	Definição AF\Promotor de Saúde	para progredir na saúde e nisso tudo	Rural
Entrevista 6_R	Definição AF\Promotor de Saúde	A AF é... a pessoa desenvolve mais os nervos, desenvolve mais... O que é que você quer que eu responda? E – Responda como você quiser, pode dar exemplos. 6 – A AF é... a pessoa que anda e não está muito parada e tal, isso é que será a AF,	Rural
Entrevista 7_U	Definição AF\Promotor de Saúde	Acho que é uma coisa boa para a saúde.	Urbano
Entrevista 7_U	Definição AF\Promotor de Saúde	Se tivesse que definir AF, quer dizer... na minha maneira de ver, a AF faz falta a qualquer pessoa e eu acho que isso é uma coisa que é útil para a nossa saúde.	Urbano
Entrevista 1_R	Definição AF\Trabalho	Atividade física começa desde que nós se levantamos até se deitamos e normalmente no campo, trabalhando a horta, trabalhando o jardim, trabalhando e preparando terrenos para cultivar, essa é uma atividade física.	Rural
Entrevista 1_R	Facilitadores\Aconselhamento outros profissionais	dado que uma pessoa não tem conhecimento de certas e determinadas... Exercícios que deve fazer, tanto a ajuda de um professor, com a ajuda de um professor/professora sempre se resolvem melhor ou sempre se fazem melhor os exercícios que nós devemos fazer.	Rural



Entrevista 1_R	Facilitadores\Aconselhamento profissionais outros	<p>outras pessoas que, quer dizer que não sendo profissionais de saúde também têm conhecimentos de ginástica, tal e qual como são os futebolistas, as pessoas que mais sem serem profissionais de saúde também indicações para que o corpo se desenvolva e portanto ósseamente como músculos e coisas assim.</p>	Rural
Entrev5_R	Facilitadores\Aconselhamento profissionais outros	<p>por exemplos os de Educação Física ajudava muito. E: E porquê? 5: Oh... ao menos ensinavam a fazer e como se deve fazer a atividade física</p>	Rural
Entrevista 7_U	Facilitadores\Aconselhamento profissionais outros	<p>Teria de recorrer às pessoas que estão dentro do ginásio, para puxar mais, puxar mais por mim.</p>	Urbano
Entrev9_U	Facilitadores\Aconselhamento profissionais outros	<p>E acha que existem outros profissionais fora da saúde que são importantes para a atividade física? 9: Tudo o que tenha a ver com essas funções, acho que todos são importantes</p>	Urbano
Entrev11_U	Facilitadores\Aconselhamento profissionais outros	<p>técnicos de ginásio, não sei se é bem isso que se chama podem ser importantes desde que estejam qualificados para isso</p>	Urbano
Entrevista 1_R	Facilitadores\Aconselhamento Profissionais de Saúde	<p>eles têm sempre obrigação de saber as melhores condições que tem conhecimento para nos dizer o que devemos fazer ou não fazer. Portanto, eu acho que o médico, o terapeuta, têm por obrigação ensinar e dizer, e quando nós estamos a fazer mal, que corrija para que nós não andamos, não façamos coisas que nos podem prejudicar até no sentido da própria constituição corporal.</p>	Rural
Entrevista 2_R	Facilitadores\Aconselhamento Profissionais de Saúde	<p>Sim, claro, se eles forem simpáticos. Se forem bastante simpáticos... se forem bastante... porque há pessoas que andam ali por andar. Enquanto se forem ativos e incentivarem a gente, é mais fácil.</p>	Rural
Entrevista 4_R	Facilitadores\Aconselhamento Profissionais de Saúde	<p>São importantes porque nos ajudam e diziam a melhor maneira de fazer</p>	Rural
Entrev5_R	Facilitadores\Aconselhamento Profissionais de Saúde	<p>Isso aí... aconselham... aconselham a fazer o que é muito bom para nós e nós é que deveríamos seguir esses conselhos</p>	Rural
Entrevista 6_R	Facilitadores\Aconselhamento Profissionais de Saúde	<p>Os médicos, naquilo que a gente precisa. E – E ajudam a ser mais ativos em quê? O que é que acha que eles ajudam para a pessoa se mexer mais? 6 – Quer dizer, às vezes até receitam uns comprimidos e a pessoa, eu por exemplo, posso tomar só 5 dias e depois parar, que depois mais, afeta o coração. Eu</p>	Rural

		posso tomar só 5 dias e daí a 15 dias... e tal... ajudam-me mais.	
Entrevista 7_U	Facilitadores\Aconselhamento Profissionais de Saúde	só mesmo no ginásio é que eu vou fazendo, porque a fisioterapia é que convém-me fazer e faço	Urbano
Entrevista 7_U	Facilitadores\Aconselhamento Profissionais de Saúde	Puxar pelas pessoas, puxar no aspeto de estender mais a nossa capacidade.	Urbano
Entrevista 7_U	Facilitadores\Aconselhamento Profissionais de Saúde	E – Acha que é sobretudo os profissionais de saúde? 7 – Exatamente, é quem percebe das coisas.	Urbano
Entrev8_U	Facilitadores\Aconselhamento Profissionais de Saúde	Eu acho que é essencial, mas também uma crítica faço, que vejo muita gente a necessitar de ajuda nesse sentido e que vai ao médico constantemente e nunca é advertida para isso	Urbano
Entrev9_U	Facilitadores\Aconselhamento Profissionais de Saúde	Acho que é um papel fundamental para nós, para as pessoas... será isso realmente que ajuda a levantar. Portanto se a pessoa está numa situação mais frágil, de certeza que uma das mais importantes ajudas será a dos profissionais de saúde.	Urbano
Entrev10_U	Facilitadores\Aconselhamento Profissionais de Saúde	Para ajudar. E: E no que é que acha que eles ajudam? 10: Ajudam na doença das pessoas	Urbano
Entrev10_U	Facilitadores\Aconselhamento Profissionais de Saúde	E acha que outros profissionais sem serem de saúde são importantes para fazerem a pessoa mais ativa? 10: São sim senhor, E: Que outros profissionais? 10: um qualquer, fisioterapeuta E: E sem ser de saúde? 10: Não são tanto	Urbano
Entrev11_U	Facilitadores\Aconselhamento Profissionais de Saúde	Acho que é importante, acho que é importante que nos aconselhe a fazer atividade física e portanto não devemos fazer por nós próprios porque provavelmente estamos a fazer alguma coisa que é errada	Urbano
Entrev12_U	Facilitadores\Aconselhamento Profissionais de Saúde	Acho que sim, acho que é importante, embora.... Quando a gente é autónoma, tem dificuldade em avaliar o tipo de... que tipo de apoio é que lhe é fundamental, porque sente que não precisa, mas há fases da vida em que se precisa com certeza	Urbano
Entrevista 1_R	Facilitadores\AF adequada ao individuo	no caso da hidroginástica, faço toda a AF, que portanto as ordens que me são dadas pela professora.	Rural

Entrevista 2_R	Facilitadores\Apoio Especializado	Em todas as atividades, mesmo nas refeições públicas, em todas as atividades que a gente, em todos os lugares que a gente vá ser atendida, se não é atencioso...	Rural
Entrevista 4_R	Facilitadores\Apoio Especializado	tínhamos para aí meia dúzia de senhoras com as mangueiras que andavam à volta da gente: ou no pescoço, ou na anca ou onde precisávamos	Rural
Entrev5_R	Facilitadores\Apoio Especializado	alguém que nos ensinasse e educasse nessa situação	Rural
Entrevista 6_R	Facilitadores\Apoio Especializado	Assim umas massagens, sempre ajudavam.	Rural
Entrev8_U	Facilitadores\Apoio Especializado	Tudo que saiba ensinar a transmitir conhecimento do movimento é que era bom	Urbano
Entrev10_U	Facilitadores\Apoio Especializado	Uma pessoa que me pusesse melhor	Urbano
Entrevista 4_R	Facilitadores\Ar livre	tanto que se diz que as pessoas do campo que mais vivem no campo, porque vivem no campo, porque vão semear, colher e arrancar as ervas duram mais anos do que aquelas que estão sentadas no sofá de perna cruzada todo o dia.	Rural
Entrev8_U	Facilitadores\Ar livre	sei também que há aulas de yoga em belém e na Gulbenkian de Tai Chi e não sei quê... Acho que toda a gente é importante	Urbano
Entrev11_U	Facilitadores\Ar livre	estou a pensar voltar caçar e aí já faço uns quantos quilómetros a pé, pelo menos atrás das perdizes são uns quantos quilómetros que se fazem	Urbano
Entrevista 1_R	Facilitadores\Bom estado de saúde	sinto-me perfeitamente à altura de fazer todos esses exercícios, que vão exigindo, por exemplo na hidroginástica e naqueles que a gente vai fazendo, na cultura, jardinagem e outras coisas mais.	Rural
Entrevista 3_R	Facilitadores\Bom estado de saúde	E agora já estou melhor. Foi exatamente conseguir andar. E – Então fazer essa atividade foi essencial para si? 3 – Sim, sim, sim.	Rural
Entrevista 3_R	Facilitadores\Espaços adequados	a minha casa tem a sorte de ter uma... de estar ao nível do solo, penso que isso é uma vantagem	Rural
Entrevista 3_R	Facilitadores\Espaços adequados	Eu não tenho obstáculos. Eu tenho outro apartamento, são vinte degraus, mesmo quando eu andava pior conseguia agarrar-me ao corrimão, conseguia subir esses 22 degraus.	Rural
Entrevista 4_R	Facilitadores\Espaços adequados	fazíamos termas em São Pedro do Sul, e nós andávamos em vários tipos de piscina, que é água baixinha, enquanto há outras que andam pelo pescoço... e eu sentia-me muito bem, parece que vinha de lá mais nova, com o pescoço direito e com menos dores no pescoço.	Rural

Entrevista 4_R	Facilitadores\Espaços adequados	Por isso os engenheiros deviam ter... pelo menos aquela casa que nós temos, outro aspeto, outro aspeto não... ..outra... para as pessoas que chegam a velhos e têm dificuldades. A escada é muito a pique e muito estreita. Por isso os engenheiros fazem parte da vida do mundo.	Rural
Entrev5_R	Facilitadores\Espaços adequados	O que é que levaria a você fazer mais atividade física? 5: O que é que me levaria a fazer... E: Mais... 5: Logicamente se fosse a um... um... ginásio ou outra coisa qualquer	Rural
Entrev5_R	Facilitadores\Espaços adequados	A ajuda era ter os acessos à atividade com locais apropriados	Rural
Entrevista 6_R	Facilitadores\Espaços adequados	Fazer umas ginásticas, umas massagens, como os meus cunhados fazem. Aquilo é que é uma atividade boa, quando vão à piscina.	Rural
Entrev11_U	Facilitadores\Espaços para prática AF	Talvez ginásio, um bocado de ginásio, um bocado de natação,	Urbano
Entrev11_U	Facilitadores\Espaços para prática AF	Provavelmente através de ginásio seria importante	Urbano
Entrev12_U	Facilitadores\Espaços para prática AF	Gostava de fazer hidroginástica, e fiz durante muito tempo	Urbano
Entrev8_U	Facilitadores\Experiências novas	O que é que me levaria... hã... Outras experiências, eu gosto de fazer outras coisas novas, outras experiências, outras coisas que ainda não fiz na vida	Urbano
Entrev8_U	Facilitadores\Experiências novas	gosto de fazer coisas novas	Urbano
Entrevista 3_R	Facilitadores\Necessidade	a pessoa sente necessidade de fazer exercício físico se tiver limitações,	Rural
Entrev8_U	Facilitadores\Organizações/Iniciativas comunitárias	Organizativa, por exemplo.	Urbano
Entrevista 3_R	Facilitadores\Suporte Social	Eu creio que poderia haver muito mais exercício físico, se houvesse ajudas nesse sentido	Rural
Entrevista 3_R	Facilitadores\Suporte Social	E acha que há outros profissionais que poderiam ajudar a fazer AF sem ser os de saúde: professores de ginástica ou os arquitetos? 3 – Mas eles também precisam de receber os seus honorários. E – E se por exº fosse disponibilizado pela junta ou pela câmara, acha que outros profissionais poderiam ajudar nisso? 3 – Era interessante.	Rural
Entrevista 4_R	Facilitadores\Suporte Social	s ajudas do que eu gosto de fazer, eu arranjo-as, arranjo que me ajudem a fazer aqui no quintal.	Rural
Entrev8_U	Facilitadores\Suporte Social	a Farmácia, que à 3 gerações comos clientes, que eu chamo a minha farmácia, organiza caminhadas ali com os velhotes, velhotes e não velhotes...	Urbano

Entrev9_U	Facilitadores\Suporte Social	gostava de ter mais companhia, uma pessoa sozinha acaba por não ter tanta motivação. Se hunta uma, duas ou três pessoas... é mais fácil, motiva-nos mais	Urbano
Entrev10_U	Facilitadores\Suporte Social	Faria estar bem disposta e ter sempre gente em casa.	Urbano
Entrev11_U	Facilitadores\Suporte Social	Se tivesse mais companhia para fazer, por exemplo, tenho bicicletas... se tivesse alguém para andar de bicicleta comigo talvez fosse mais fácil	Urbano
Entrev8_U	Facilitadores\Vontade	Não procurei também, lá está... custa-me ainda organizar... nesse aspecto nem procurei tão pouco, conto comigo quando me apetece... quando não me apetece também vou....	Urbano
Entrev10_U	Importância/Benefícios\Autonomia/Independência	Olhe poder trabalhar, poder fazer as coisas sem precisar de ninguém	Urbano
Entrev12_U	Importância/Benefícios\Autonomia/Independência	e de ser autónoma	Urbano
Entrevista 1_R	Importância/Benefícios\Bem-estar	acho que é onde o corpo se sente mais, mais... mais leve, para poder fazer também a maior parte dos exercícios que se fazem ou que se deviam fazer	Rural
Entrevista 2_R	Importância/Benefícios\Bem-estar	Sente-se mais leve	Rural
Entrev5_R	Importância/Benefícios\Bem-estar	Então fico com um bem-estar melhor... portanto fico mais leve fisicamente	Rural
Entrevista 6_R	Importância/Benefícios\Bem-estar	Sente-se melhor	Rural
Entrevista 7_U	Importância/Benefícios\Bem-estar	faz bem ao físico, eu sinto-me assim, até talvez mais leve	Urbano
Entrevista 7_U	Importância/Benefícios\Bem-estar	Sinto-me bem.	Urbano
Entrevista 7_U	Importância/Benefícios\Bem-estar	Sinto-me mais leve,	Urbano
Entrev8_U	Importância/Benefícios\Bem-estar	No meu bem-estar, físico emocional	Urbano
Entrev8_U	Importância/Benefícios\Bem-estar	É para o meu bem-estar... é isso...	Urbano
Entrev8_U	Importância/Benefícios\Bem-estar	Sinto aquele cansaço bom sabe... sinto mesmo que expulsei... sinto-me leve, sinto-me ótima, mesmo muito bem	Urbano
Entrev9_U	Importância/Benefícios\Bem-estar	É mantermos realmente o nosso bem-estar, fisicamente , fazer relamente.... Ter um vida diferente.... Será isso para mim o grande benefício	Urbano
Entrev11_U	Importância/Benefícios\Bem-estar	Sinto-me mais leve, sinto-me menos cansado fundamentalmente é isso	Urbano
Entrev12_U	Importância/Benefícios\Bem-estar	Eu acho que fico satisfeita comigo própria	Urbano
Entrevista 1_R	Importância/Benefícios\Estado geral de Saúde	A pessoa que pouco ou nada faz não é tão saudável como aquela que desenvolve qualquer outro... seja no campo, ou cultivar ou no campo de trabalhos de outra... ...outra atividade.	Rural
Entrevista 6_R	Importância/Benefícios\Estado geral de Saúde	mais saudável	Rural

Entrevista 7_U	Importância/Benefícios\Estado geral de Saúde	Então a AF para a saúde é ótima.	Urbano
Entrev8_U	Importância/Benefícios\Estado geral de Saúde	É importante para a minha saúde.	Urbano
Entrev9_U	Importância/Benefícios\Estado geral de Saúde	Dentro do meu entendimento, para a saúde será realmente... terá uma grande importância	Urbano
Entrev10_U	Importância/Benefícios\Estado geral de Saúde	A importância é a pessoa ter saúde	Urbano
Entrev11_U	Importância/Benefícios\Estado geral de Saúde	Acho que é importante para a saúde. Acho que quem faz mais actividade física tem com certeza melhor saúde, por isso acho que sim que é importante	Urbano
Entrev12_U	Importância/Benefícios\Estado geral de Saúde	Para manter o organismo vivo... Não sei	Urbano
Entrevista 1_R	Importância/Benefícios\Manutenção boa forma física	É muito interessante para desenvolver todo o sistema corporal	Rural
Entrevista 1_R	Importância/Benefícios\Manutenção boa forma física	AF e depois a alimentação regrada, mediante o trabalho que vamos fazendo, porque há trabalho que exige uma alimentação um pouco mais forte, mas em princípio é uma alimentação regrada.	Rural
Entrevista 2_R	Importância/Benefícios\Manutenção boa forma física	Faz-nos mexer, não ficar parados, ativa-nos a nossa movimentação	Rural
Entrevista 2_R	Importância/Benefícios\Manutenção boa forma física	mais ativa	Rural
Entrevista 3_R	Importância/Benefícios\Manutenção boa forma física	acho que a pessoa se mantém mais ágil, mais desenvolto, menos perro	Rural
Entrevista 4_R	Importância/Benefícios\Manutenção boa forma física	Dá mais mobilidade	Rural
Entrevista 4_R	Importância/Benefícios\Manutenção boa forma física	é muito bom é poder andar,	Rural
Entrevista 6_R	Importância/Benefícios\Manutenção boa forma física	caminha melhor, mexe-se melhor.	Rural
Entrevista 6_R	Importância/Benefícios\Manutenção boa forma física	Ah, a gente fica mais... se fizer um bocado de AF, fica mais ágil.	Rural
Entrev9_U	Importância/Benefícios\Manutenção boa forma física	Julgo que me sentiria mais leve, mas fácil de movimentar-me, uma pessoa parada acaba por ficar mais pesada, custa mais a mexer. Penso que esse seria o grande benefício... todo nosso físico melhora c isso e eu julgo que me iria acontecer isso	Urbano
Entrev11_U	Importância/Benefícios\Manutenção boa forma física	Como eu fazia desportos motorizados achava que era mais importante porque me mantinha em forma muito mais tempo e tinha muito mais agilidade mas na verdade ainda considero que sou bastante ágil porque me mexo ainda muito bem, não tenho problemas de locomoção e portanto mexo-me bem dobro-me bem e apanho bem objetos do chão e tal. Não sinto que tenha muito mais necessidades do que aquilo q faço	Urbano
Entrev12_U	Importância/Benefícios\Manutenção boa forma física	Num dos aspectos é par a locomoção, para manter os	Urbano

		movimentos e a capacidade de se mover	
Entrev12_U	Importância/Benefícios\Manutenção boa forma física	e por outro lado a parte dos movimentos fica mais facilitado	Urbano
Entrevista 2_R	Importância/Benefícios\Recuperação física	A melhoria dos nossos movimentos.	Rural
Entrevista 3_R	Importância/Benefícios\Recuperação física	A atividade seria boa para mim, no sentido em que eu tenho, portanto uma doença que me limita, limita os meus movimentos e portanto havia necessidade de fazer exercício	Rural
Entrev5_R	Importância/Benefícios\Recuperação física	qual é que é a importância da atividade física para a sua saúde? Agora sem os números... 5: É boa, é muito... muito boa para mim em especial derivado ao que tenho... E: Que é o quê? 5: A prótese do joelho... que é para recuperar.	Rural
Entrev10_U	Importância/Benefícios\Recuperação física	As grandes vantagens era se eu não me cansasse e se pudesse fazer as coisas como antigamente fazia	Urbano
Entrevista 1_R	Importância/Benefícios\Saúde Mental	também mental	Rural
Entrevista 2_R	Importância/Benefícios\Saúde Mental	ativa-nos a nossa mente.	Rural
Entrevista 2_R	Importância/Benefícios\Saúde Mental	o sistema nervoso também se acalma mais.	Rural
Entrev5_R	Importância/Benefícios\Saúde Mental	até psiquicamente fico mais aliviado.	Rural
Entrevista 7_U	Importância/Benefícios\Saúde Mental	Tanto na mente	Urbano
Entrevista 7_U	Importância/Benefícios\Saúde Mental	a mente fica mais aliviada.	Urbano
Entrev9_U	Importância/Benefícios\Saúde Mental	A todos os níveis... realmente... fisicamente, mentalmente	Urbano
Entrevista 1_R	Importância/Benefícios\Sistema Músculo-esquelético	Pelo menos na parte óssea, caso de coluna, tudo o que seja parte óssea, portanto...	Rural
Entrevista 2_R	Importância/Benefícios\Sistema Músculo-esquelético	Sim, para já as dores musculares alivia	Rural
Entrevista 3_R	Importância/Benefícios\Sistema Músculo-esquelético	nas articulações, traz benefícios evidentemente.	Rural
Entrevista 7_U	Importância/Benefícios\Sistema Músculo-esquelético	como no físico.	Urbano
Entrevista 2_R	Importância AF\Insuficiente	Um 5!	Rural
Entrevista 1_R	Importância AF\Suficiente	Aí pelo menos um 6/7	Rural
Entrevista 3_R	Importância AF\Suficiente	Será pelo menos um nível de 6.	Rural
Entrevista 4_R	Importância AF\Suficiente	Para mim a importância é 10, para quem a pode fazer.	Rural
Entrev5_R	Importância AF\Suficiente	oh pah... deve ser um 6 ou 7... um 7	Rural
Entrevista 6_R	Importância AF\Suficiente	Aí uns 6.	Rural
Entrevista 7_U	Importância AF\Suficiente	Um 10.	Urbano
Entrev8_U	Importância AF\Suficiente	Para aí... Não quero exagerar, também sou capaz de ficar	Urbano

		sentada algum tempo... sei lá... um 7	
Entrev9_U	Importância AF\Suficiente	Eu diria o 10	Urbano
Entrev10_U	Importância AF\Suficiente	um 10	Urbano
Entrev11_U	Importância AF\Suficiente	Acho que é 7	Urbano
Entrev12_U	Importância AF\Suficiente	Um 7	Urbano
Entrevista 1_R	Nível atividade Física	Eu faço hidroginástica 2 vezes também, e portanto isso é muito interessante	Rural
Entrevista 2_R	Nível atividade Física	Nunca será o suficiente, mas é o médio... não é em excesso, nem é em minoria... um exercício normal.	Rural
Entrevista 6_R	Nível atividade Física\Insuficiente	Acho que não.	Rural
Entrev9_U	Nível atividade Física\Insuficiente	Neste momento faço muito pouco	Urbano
Entrev10_U	Nível atividade Física\Insuficiente	Não	Urbano
Entrev11_U	Nível atividade Física\Insuficiente	Hoje em dia penso que não, se calhar devia fazer mais qualquer coisa	Urbano
Entrev12_U	Nível atividade Física\Insuficiente	Eu acho que é muito importante, mas eu não faço	Urbano
Entrev12_U	Nível atividade Física\Insuficiente	Não, acho que não	Urbano
Entrev5_R	Tipo de atividade física mais prazerosa\Andar bicicleta	Gosto de andar de bicicleta	Rural
Entrevista 3_R	Tipo de atividade física mais prazerosa\Caminhada	Eu gosto de caminhar, gosto de andar.	Rural
Entrev5_R	Tipo de atividade física mais prazerosa\Caminhada	Gosto de caminhar	Rural
Entrevista 6_R	Tipo de atividade física mais prazerosa\Caminhada	Para já é caminhar	Rural
Entrev8_U	Tipo de atividade física mais prazerosa\Caminhada	gosto de andar, adoro fazer caminhadas	Urbano
Entrev9_U	Tipo de atividade física mais prazerosa\Caminhada	Seria mais ao nível realmente de ir andar	Urbano
Entrev10_U	Tipo de atividade física mais prazerosa\Caminhada	Gostava de andar	Urbano
Entrev11_U	Tipo de atividade física mais prazerosa\Caminhada	caça, aí está nessa componente a caminhada.	Urbano
Entrevista 1_R	Tipo de atividade física mais prazerosa\Desportos aquáticos	Eu na hidroginástica	Rural
Entrevista 1_R	Tipo de atividade física mais prazerosa\Desportos aquáticos	eu não gosto tanto do ginásio como da hidroginástica, dado que o ginásio é um pouco... um pouco mais... fica mais agreste. Na hidroginástica a pessoa sente-se mais leve.	Rural
Entrevista 2_R	Tipo de atividade física mais prazerosa\Desportos aquáticos	A hidroginástica.	Rural
Entrev8_U	Tipo de atividade física mais prazerosa\Desportos aquáticos	Tudo que tenha água adoro... adoro mesmo... pode ser natação, o meu fitness	Urbano
Entrev10_U	Tipo de atividade física mais prazerosa\Desportos aquáticos	Se pudesse a piscina... ainda andei lá 3 anos	Urbano
Entrev11_U	Tipo de atividade física mais prazerosa\Desportos aquáticos	Gosto de realizar natação, gosto muito de praia	Urbano
Entrev12_U	Tipo de atividade física mais prazerosa\Desportos aquáticos	Água, ginástica, hidroginástica, é muito agradável.	Urbano



Entrev9_U	Tipo de atividade física mais prazerosa\Desportos ar livre	Com certeza que gostava de dar umas corridas, hoje já não posso assim correr. Gostava de ir assim para a serra pendurar me naquelas coisas	Urbano
Entrev9_U	Tipo de atividade física mais prazerosa\Desportos ar livre	ir até a serra para as máquinas. Seria isso	Urbano
Entrev5_R	Tipo de atividade física mais prazerosa\Exercícios individuais	gosto de fazer ginástica, ginástica daquela tipo militar... é verdade é... ainda faço hoje aquelas... flexões não, mas abdominais ... faço umas quatro, cinco ou 6 vezes... daquelas que aprendi na tropa ... e resolve certas situações	Rural
Entrevista 7_U	Tipo de atividade física mais prazerosa\Ginásio	O que eu mais gostaria de fazer, sei lá... um ginásio, poder fazer mais tempo e poder correr. Podia bicicleta e assim essas coisas	Urbano
Entrevista 4_R	Tipo de atividade física mais prazerosa\Tratar jardim/quintal	Se isso pode ser considerado fazer AF, andar na horta a regar, ou arrancar as ervas ou espetar o pau para sair a flor em pé como eu gosto, que eu é que planto as flores todas, que o meu marido só percebe é de contabilidade.	Rural
Entrevista 6_R	Tipo de atividade física mais prazerosa\Tratar jardim/quintal	trabalhar mais com os braços, com uma ferramenta, uma coisa qualquer.	Rural

R- Rural U - Urbano